



File No.: 039522

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039522
Name: BEDOOR ALI ALQAHTANI
QID No: 30263401631 Sex: Female
Mob: 33322082 ADDRESS: ALRAYAN

Age: 22 y/o

Marital Status: single

Name: _____

Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

Wetery vaginal discharge / since 1/3/2024 - occasional white - severe itching - NA smelly.

Medical History: medically free P.H. NA smelly F.H. DM Edm

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14/ L.N.M.P 19/8/24

Menstrual Habits: regular every week - 5 days

Menstrual Symptoms: NA smelly Menopause: _____

Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic _____ LCB _____



EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 60.5 Kg BMI _____ Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
well - cooperative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: -

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. - inspection only while she is E by mirror

Bimanual Exam. - normal vulva - poor hygiene & copious whitish discharge vulvar

Rectal Exam. swab taken

Investigation Requested: vulvar swab for vaginal discharge

Diagnosis: vulvovaginal candidiasis

Plan of Management: oral + Topical antifungal & to follow vulvar swab result

Next Appointment: N



Date 3 9 / 10 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name السيد / علي الفخاطري الإسم الكامل

Date of Birth 27 / 4 / 2007 تاريخ الميلاد

Marital Status ☒ Single / أعزب ☐ Married / متزوج ☐ Divorced / مطلق ☐ Widowed / أرمل

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality فلسطينية الجنسية

Occupation طبي المهنة

I.D Number 3026340631 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 94815572 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33322082 رقم الجوال

Emergency Contact Person الأم أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66122285 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 8 رقم المنطقة 53 رقم الشارع 748 العنوان:

How did you hear about our Center من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب

☐ Others / أخرى

How do you want us to address you ? كيف تفضل أن نناديك ؟

☒ By Name / بالإسم ☒ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039522



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية المعالج لي لمقابلتي وأجراء الكشف علي والقيام بتشخيصي ومعالجتي بالأدوية أو العقاقير أو عمليات إن إحتاج الأمر ، وأنا أدرك أن من مسؤوليتي الحضور في الوقت المحدد لمواعيدي واتباع أوامر الطبيب المعالج لي كما أدرك بأنني لدي الحق في طلب رأي ثاني لو لم أكن راضيا / راضية عن الرعاية المقدمة لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: بهور على الصالح

التاريخ: ٢٠٢٦ / ٩ / ٣

ملف رقم: 039522

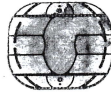
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 30263401631

تاريخ الميلاد: D.O.B. 27/04/2002

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 26/12/2031



الإسم: بدور على عبدالله محمد القحطاني

Name: BODOUR ALI A M AL-QAHTANI

منطقة 53 - شارع 748 - مبنى 8

العنوان:

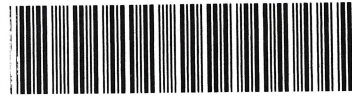
Serial No: 435859180D11247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

بدور



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 03 SEP 2024 التاريخ:
Patient's name: Bedoon Ali اسم المريض:
File No.: 039522 رقم الملف:
Age: 22 years العمر: ٢٢ سنة

Rx

- Fluconazole tabs 150 mg (3)

حبّة اليوم بعد الغداء

حبّة الجمعة بعد الغداء

حبّة السبت بعد الغداء

- Ketazole cream

مسحوق كيتازول

أستينج

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523