



File No.: 039007

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039007
Name: DANA KHALED AL NAIMI
QID No: 29363404694 Sex: Female
Mob: 66687661 Address: AL RAYYAN



Age: 31 yrs

Marital Status: Single

Band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

swollen labia & itching, yellow
disch., not smelly

Medical History: Asthmatic on treatment P.H. Gastric sleeve F.H.
puffs- 2023

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: L.N.M.P 15-5-24

Menstrual Habits: monthly usually for 1 wk

Menstrual Symptoms: N.M. Menopause:

Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 58.3 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg 36.4°

starving look, skin, anxious personality 84/low 18Tone

Chest, C.V.S. N.A.

Abdomen: Normal.

Breasts: atrophic breasts.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. hyper-hypo pigmented skin of vulva

Bimanual Exam. peeling but not sore, no actual disch

Rectal Exam. seen, skin changes seen till perianal area

Investigation Requested:

Diagnosis: Vulvitis.

Plan of Management: her Data entered & used oneCap
of DigiScan

Next Appointment:

Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name Dana K. Al-Naimi دانة خالد النعيمي الإسم الكامل

Date of Birth 13/7/1993 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation معالجة كرمية المهنة

I.D Number 29363404694 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66687661 رقم الجوال

Emergency Contact Person أختي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33320733 رقم هاتف

Address: Building No. 5 Zone No. 53 Street No. 469 العنوان:

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع 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 دانة التوقيع

File Number 039 007



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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.

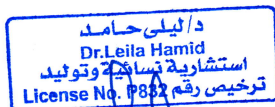
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: دانه الغبي

التاريخ: 6/6/2024

ملف رقم: 03907

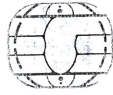
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29363404694

الرقم:

D.O.B: 13/07/1993

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 01/08/2031

الصلاحية:



الإسم: دانه خالد إبراهيم الهجن النعيمي

Name: DANA KHALID I A AL-NAIMI

منطقة 53 - شارع 469 - مبنى 5

العنوان:

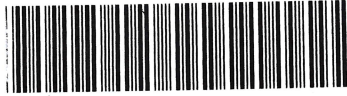
43469E0F111D2482

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير ادارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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: 06 JUN 2024 التاريخ:

Patient's name: Dahab Khalid Alnair اسم المريض:

File No.: 030072 رقم الملف:

Age: 31 V-S B-V العمر:

Rx

Protagen tabs (8)

٨ حبة بروتاجين

Triderm cream

كريم تريدرم

١٠٠ غرام

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523