



File No.: 039782

Nationality: Q

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039782  
Name: EMAN SALIH NAJI ALZEBIAN  
QID No: 29963403052 Sex: Female  
Mob: 66717673 ADDREESS: MAEZER

Age: 25 yrs  
Marital Status: 3 yrs  
band's Name: Faisal Alkashadri  
bile Phone: Residence Phone:

### SYMPTOMS:

- vaginal discharge, whitish and sometime yellow / 1 month  
not ass with itching or bad smell, (feeling wet most times,  
also she feels air in her vagina, and wide vagina -  
- not use Contraception & natural Family planning;

Medical History: Non

P.H. - Perianal abscess F.H. DM & HTN  
drainage with S-A (M & F)

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years

Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 6 days.

Menstrual Symptoms:

Parity: P 1 NVD, a.w

L.N.M.P

Menopause:

Ectopic

LCB 2022



### EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 74.8 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 110/70 mm Hg

normal female look, non Co. op, over wt

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Normal, fatty, striae

Breasts: No galactorrhea

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. introitus fine, wide upper vagina, moist

Bimanual Exam. normal sized uterus, no adnexopathy

Rectal Exam. pleurum

### Investigation Requested:

Diagnosis: Vaginitis + wide vagina

Plan of Management: Symptomatic Rx

Next Appointment:



Date 13 / 10 / 2024

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... اميان صالح الزبيدي ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 13-8-1999 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality ..... قطرية ..... الجنسية

Occupation ..... موظف ..... المهنة

I.D Number ..... 29963403052 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 66717673 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... 35556017 و 30411311 ..... أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ..... رقم هاتف

Address: Building No.  Zone No.  Street No.  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 ..... اميان صالح الزبيدي ..... التوقيع

File Number ..... 039782 .....

## 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.

استأره

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

اسم المريض / المريضة: إيمان صالح

التاريخ: 13 أكتوبر 2024

ملف رقم: 039782

التوقيع: إيمان

د/ لیلی حامد  
Dr. Leila Hamid  
استشارية نسائية وتوليد  
ترخيص رقم P832  
License No. P832





State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29963403052

الرقم:

D.O.B. 13/08/1999

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

01/01/2030

الصلاحية:



الاسم: ايمان صالح ناجي محمد الذبياني

Name: EMAN SALEH N M AL-THEEBANI

منطقة 55 - شارع 761 - مبنى 4

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

