



File No.: 039156

Nationality: ①

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039156
Name: FATIMA ABDULHADI ALDAHNI
QID No: 29863404438 Sex: Female
Mob: 60020081 ADDRESS: ALWEKEER

Age: 25 yrs

Marital Status: 1 yr 2 months

band's Name: Khalid Abdulsamad Almakki

Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Wanted to check her Episiotomy
delivered at WWR 5 months back. Unevent
Full delivery - Not lactating - Planning IUCD
(copper) counselled.

Medical History: Medically Free P.H. - Lt Ovarian F.H. Not 5.7 mlt
cystectomy 2013
+ appendectomy

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y-S L.N.M.P.
Menstrual Habits: Regular every month - 6 days
Menstrual Symptoms: Not 5.7 mlt - Menopause:
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 22-2-24

♀

♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 80 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
well, non coop, overweight

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD - lactates = mild milky discharge

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Normal introitus admits 2 Fingers =

Bimanual Exam. Not narrow, upper vagina normal

Rectal Exam. mild menstrual discharge, perineum fine

Investigation Requested:

Diagnosis: Postnatal check up, dyspareunia, oligomen.
(lactational).

Plan of Management: Reassured

Next Appointment: IUCD insert

Date 3 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Fatima Al Dahneem الإسم الكامل

Date of Birth 26 / 10 / 1998 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Accountant المهنة

I.D Number 29863404438 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 600 200 81 رقم الجوال

Emergency Contact Person 300 200 82 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 28 Zone No. 91 Street No. 1006 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 [Signature] التوقيع

File Number 039156

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: فالمه الدمين

التاريخ: 3/7/2024

ملف رقم: 039156

التوقيع: [Signature]

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نفاذية وتوليد
ترخيص رقم P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29863404438

الرقم:

D.O.B. 26/10/1998

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 27/07/2029

الصلاحية:



الإسم: فاطمه عبدالهادي عبدالله محمد الدهنيم

Name: FATIMA ABDULHADI A M AL-DAHNEEM

منطقة 44 - شارع 940 - مبنى 221

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

