



File No.: 039149

Nationality: BAH

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039149

Name: GHADER IRBAIA ALAHBABI

QID No: 29404800173 Sex: Female

Mob: 74497774 ADDRESS: ALEABIB

Age: 30 yrs

Marital Status: 3 yrs

band's Name: Abdulla Khalid Alyaber

ile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Prolonged period / 3 months.
- + deep dyspareunia
- Sometimes brownish vag. discharge.
- not on Contraception & condom only

Medical History:

medically free

P.H. 2 c/s

F.H. M(CHIN)

2 3-5-24

18-5-24

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

14 yrs

Menstrual Habits:

regular - last for 5 days every month

Menstrual Symptoms:

Parity:

P

2

Abortion

0

Ectopic

Menopause:

LCB

1 yr

♀

2

♂

Both c/s

EXAMINATION

first at 28 wks due to PPRM. wt 800 gm, NICU 2 1/2 months

General Examination: Ht. 158 cm

Wt. 80.2

Kg BMI

Kg/m² Bp

110 mm Hg

non-cooperative - not pale

70

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

Soft - obese

Breasts:

well developed - no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. whitish to yellowish vag. discharge - mild

Bimanual Exam. cx erosion - advised to do pap smear

Rectal Exam. not done

- s.βhCG -ve

TSH → normal as she said

Investigation Requested:

4/5 (I.V.S) = A/v normal size uterus, thick endo. 18.7 mm. normal ovaries & small follicles & rubtuned corpus luteum. ++ FFCDs

Diagnosis:

▷ DuB + cx erosion

Plan of Management:

Pt reassured & given

Next Appointment:



Date 3 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Ghadreer Erbaia الإسم الكامل

Date of Birth 19-3-1994 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29404800173 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 77497774 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 77577558 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 3 Zone No. 70 Street No. 603 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 التوقيع

File Number 039149

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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.

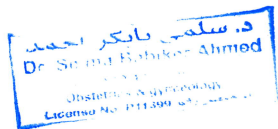
Ghadeer

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 2024 - 7 - 3

ملف رقم: 039149

التوقيع:



د. س. د.

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29404800173

الرقم:

D.O.B. 19/03/1994

تاريخ الميلاد:

Nationality: BAHRAIN / بحرينية

الجنسية:

Date of expiry: 15/12/2026

الصلاحية:



الإسم: غدير اربيع وحش بصبيص الحباب

Name: GHADEER ERBAIA W B ALHABBAB

منطقة 70 - شارع 603 - مبنى 3

العنوان:

Serial No:

4354A30F2E23247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

