

أخى صالح حريش



File No.:

039823

Nationality:

SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 035983
Name: GHEZEYL FALIH ALHAJRI
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 59900500 ADDRESS: ALSILYA

Age:

22 yrs

Marital Status:

4 months

ne:

Nasser Farhoud Alhajri

Residence Phone:

SYMPTOMS:

c/o delayed period → Home P.T
← me + serum also betw 10 days

Medical History:

medically free

P.H.

non

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

11 yrs

L.N.M.P

2-9-24

Menstrual Habits:

Regular Monthly For 6 days

Menstrual Symptoms:

Normal

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm

Wt. 55.7 Kg

BMI

Kg/m² Bp

110/70 mm Hg

Looks well Mild acne no hirsutism

Chest, C.V.S.

/ N/A/D

Abdomen:

Breasts:

Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

CX - Not seen + Milky discharge

Bimanual Exam.

Normal vulva

Rectal Exam.

Investigation Requested:

T. vults + Abdoms A v F uters

E-T 7-2 mm Normal

1 ovary

Rt ovarian cyst mixed (haemangio-)

Diagnosis:

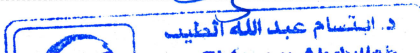
fluid

Rt ovarian cyst

Plan of Management:

D

Next Appointment:



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: خزيل حاح الهاجري

التاريخ: 20 أكتوبر 2024

ملف رقم: 039823

التوقيع: 







Date 20 / 10 / 24

New Patient Registration Form

Full Name غزيل خالص الهاجري الإسم الكامل

Date of Birth 22/4/2002 تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality سعودية الجنسية

Occupation المهنة

I.D Number 1116043629 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 5005 8886 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 59900500 رقم الجوال

Emergency Contact Person 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 التوقيع

File Number 039823

غزير بنت فالح بن عبدالله العمراني الهاجري

ALHAJRI, GHUZAYYIL FALEH A



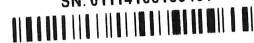
No: 1116043629 الرقم: ١١١٦٠٤٣٦٢٩
DOB: 22/04/2002 تاريخ الميلاد: ١٤٢٣/٠٤/٠٩
DOE: 15/09/2025 تاريخ الانتهاء: ١٤٤٧/٠٩/١٥
مكان الميلاد: بقيق



1116043629



SN: 01114106159401



IDSAU111604362<91<2169<<<<<<<<
0204222F2509150SAU<1<<<<<<<<9
ALHAJRI<<GHUZAYYIL<FALEH<A<<<<