



File No.: 039387

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039387
Name: HADEEL WALEED ABUDULMOTHEER
QID No: 29873603978 Sex: Female
Mob: 71901469 ADDRESS: ABU HAMOUR

Age: 25 yrs

Marital Status: Single

P's Name:

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- yellowish vaginal discharge & offensive
Itchy persistent discharge

Medical History: Hypothyroidism - 25 hypothyroidism PH. Not screened F.H. Not screened

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Yrs L.N.M.P 24-7-24
Menstrual Habits: Regular every month
Menstrual Symptoms: Not screened Menopause:
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 51.6 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
Well - clear Full Screened

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NA

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

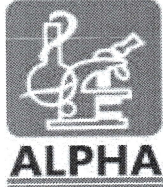
Inspection only in presence of
the Nurse - Pt & mirror
FGM type III - No abnormal
vaginal discharge seen.

Investigation Requested:

Diagnosis: FGM type III

Plan of Management: Defibulation - she preferred after
marriage

Next Appointment:



مختبرات ألفا د.م.م
Alpha laboratories W.L.L
For Best Quality

ENDOCRINOLOGY

62332

Name : HADEEL WALEED
Sex/Age : F/ 25 y / 0 m / 24 d
Nationality : Sudan
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 226269
AL No : 62332
Entrance Tm: 15-AUG-2024 17:49:33
Exit Date : 15-AUG-2024 18:31:18
Ext. Ref. Num.: 039387

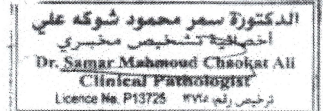
TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
TSH	0.68	$\mu\text{IU/ml}$	Euthyroid: 0.25 - 5 $\mu\text{IU/ml}$ Hyperthyroid: $<0.15 \mu\text{IU/ml}$ Hypothyroid: $> 7 \mu\text{IU/ml}$ Pregnant: 1st Trimester: 0.30 - 2.50 2nd Trimester: 0.30 - 3.00 3rd Trimester: 0.80 - 3.50 (Ref. Adapted: AACE/ATA)

Lab Tech Name. : AZHAR_LAB

Al-Waab - Doha - Qatar - P.O.Box: 21746
Tel: +974 44883998 - Mob: +974 66991393
Website: www.alphalabsqatar.com
E-mail: info@alphalabsqatar.com



ISO 9001:2015
Quality Management System
ISO 15189:2012
Medical Laboratories Management System



Date 15 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 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 039387

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:

التاريخ: ١٥-٨-٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٣٨٧

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29873603978 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 09/11/1998 تاريخ الميلاد:
Expiry: 29/11/2024 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN
Occupation: منسقة عامة المهنة:



الاسم: هديل وليد عبدالمطلب عبدالله

Name: HADEEL WALEED ABDELMOTALIB ABDALLA

Passport Number: P11025262 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 13/09/2033 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30129873603978 الرقم الممثل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: القلعة الطقريه المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports 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. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

15 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Hadeel Waleed اسم المريض:

File No.: 039387 رقم الملف:

Age: 25 years / VUC العمر:

Rx

- Kenazole cream

مسح قارص بوضعية

أسيو

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523