



File No.: 039186

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039186
Name: HANAN MDHI ALANZI
QID No: 28463403686 Sex: Female
Mob: 55609122 ADDRESS: ZQAWA

Age: 38 yrs

Marital Status: 14 yrs

Band's Name: Mohammed Jehaim Alenazi

ile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

used coc pills since last delivery last month developed the DVS → now on 4 advice for loop insertion → cancelled well

Medical History: Xarelto 20mg

P.H. ② CH

F.H. DM

Appendectomy 11/11

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14y-12y

L.N.M.P. 29-6-24

Menstrual Habits: Regular Monthly for 5 days

Menstrual Symptoms: None

Menopause:

Parity: P 4

Abortion 0

Ectopic 0

LCB 5/10

♀ 1

♂ 3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm

Wt. 65.7 Kg

BMI

Kg/m² Bp 120/80

mm Hg

Looks ♀ No acute or chronic

Chest, C.V.S.

/ N/A

Abdomen:

Breasts:

Not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

LX → ecto-cervix

uterus: Ante-uterus inserted: smoothly

Bimanual Exam.

Vagina → wide & clear

fund: 3cm

Rectal Exam.

u-length → 6.5cm

ut's well in situ

Investigation Requested:

Ante-uterus loop well in situ
after inserted cut 1.3cm from fundus

Diagnosis:

loop insertion

Plan of Management:

Swk

Next Appointment:



Date 8 / 7 / 2014

New Patient Registration Form

Full Name حنان محمد العنزي الاسم الكامل

Date of Birth 1986 / 11 / 5 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 2846343717 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 007-9155 رقم الجوال

Emergency Contact Person أمي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 77777009 رقم هاتف

Address: Building No. ☐ Zone No. ☐ Street No. ☐ العنوان:

V رقم البناية VI رقم المنطقة 14 رقم الشارع 77777009 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 / بالاسم ☐ 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 039186

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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: حنان مفضي العزري

التاريخ: ٨ - ٧ - ٢٠٢٤

ملف رقم: 039/86

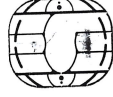
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28463403686

الرقم:

D.O.B. 02/11/1984

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 01/05/2031

الصلاحية:



الإسم: حنان مضى عقيل الشملاى العزى

Name: HANAN MADHI A A ALENAZI

منطقة 71 - شارع 140 - مبنى 7

العنوان:

Serial No: 43645907332E247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



