



File No.: 039309

Nationality: IND

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039309
 Name: HISANA HIDAYATH KRIPA
 QID No: 30035601799 Sex: Female
 Mob: 33787715 ADDRESS : M/KHALIFA

Age: 24yrs

Marital Status: 2yrs

band's Name: Jaber Appatta

bile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

she want to check her episiotomy site , Mixed lactating
 + bottle feeding - ~~not~~ I Counsel her about Contraception not
 start it.

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. HTN (F)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 years

L.N.M.P

Menstrual Habits: regular , Monthly lasting 7-8 days

Menstrual Symptoms: Moderate to severe Pain

Menopause:

Parity: P 1 Abortion 0

Ectopic

LCB 18-6-24

**EXAMINATION**

pyknic stero - 510

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 75.6 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: lactating.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. episiotomy mediolateral, e-tunnel, already

Bimanual Exam. healed & the introitus is fine.

Rectal Exam. no skin bridge cut it 5/2mm only

Investigation Requested:

Diagnosis: Post natal check up.

Plan of Management: Reassured

Next Appointment:



Date 03 / 08 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name HISANA HIDAYATH الاسم الكامل

Date of Birth 07. 03. 2000 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation SPEECH THERAPIST المهنة

I.D Number 30035601799 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 33787715 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33787715 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55065309 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55065309 رقم هاتف

Address: Building No. 88 Zone No. 34 Street No. 804 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) / تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 039309

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 30035601799 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 07/03/2000 تاريخ الميلاد:
Expiry: 10/06/2026 الصلاحية:
الجنسية:
Nationality: INDIA الهند
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: حسانه كريبا

Name: HISANA HIDAYATH KRIPA

Passport Number: M6183262
Passport Expiry: 14/07/2025
Serial No: 30530035601799
Residency Type: عائلية
Employer: جابر أبيتا
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

