



File No.: 039773

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039773
Name: SH / JAWAHER NASSER ALTHEMIR
QID No: 29563404136 Sex: Female
Mob: 55151446 ADDRESS: ALZIZIA

Age: 29 yrs

Marital Status: 1 yr

Spouse's Name: Divorced

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Aborted: 26/9/24 with D+C (B.T)
clo B-maturation & dyscomfort no
abnormal discharge -
her Abortion due to febrile illness

Medical History:

P.H.

C-sleeve 10yr F.H. DM 4
C-py Pass 2/0 FITN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs

L.N.M.P.

Menstrual Habits: Regular monthly

Menstrual Symptoms: Normal

Menopause:

Parity: P

Abortion

1 C-Twins

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 165 cm Wt. 73.9 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: SH. JAWHER

Patient ID: 039773

Multistix® 10 SG

Test date 10-12-2024

Time 11:13AM

Operator ESRA

Test number 2998

Color Yellow

Clarity Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative

SC 1.0/5



Date 12 / 10 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الشخوة جواد ناصر علي الشامي الإسم الكامل

Date of Birth 29.5.1995 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 2956401955 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55151446 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55032668 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 35 Zone No. 55 Street No. 415 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 039773

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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.

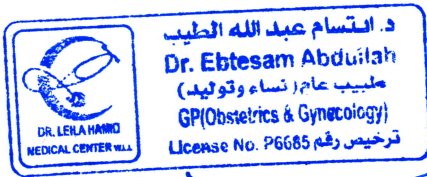
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: الشيخة جواهر نامرال ثاني

التاريخ: 12-10-2022

ملف رقم: 039773

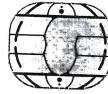
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29563401935

الرقم:

D.O.B. 29/05/1995

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

28/01/2034

الصلاحية:



الإسم: الشیخة جواهر ناصر علی عبدالعزيز ال ثاني

Name: SHK JAWAHIR NASSER A A AL-THANI

منطقة 55 - شارع 415 - مبنى 35

العنوان:

Serial No:

113414092824A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

Signature of the Authority

جواهر ناصر ال ثاني

