



File No.: 038906

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENT

File No: 038906

NAME: MAHA SAAD KHALIF ALSHAMARI

ID NO: 30563400236 SEX: FEMALE

MOB: 55733213 ADDRESS: ALSHAHANYA



Age: 19y/0

Marital Status: single

d's Name:

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

10 vaginal discharge & itching / month
burning micturition -
after Lasan she developed like burn, treated
but after this she developed whitish discharge & itching.
Medical History: medically fine P.H. Tonsillectomy F.H. MCOM
F (HIV).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 yrs L.N.M.P 12/5/24
Menstrual Habits: regular - last for 5 days every month.
Menstrual Symptoms: ass to mild dysmenorrhea Menopause:
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht 157 cm Wt. 54.3 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
cooperative, slim - not pale

Chest, C.V.S.

Abdomen: MAD -

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Local exam. done in presence of nurse
Speculum Exam. Betsy - reddish vulva & perineum &
Bimanual Exam. scratching marks and whitish discharge seen
Rectal Exam. outside - speculum not done (Single).

Investigation Requested:

ur → PRO Trace.

Diagnosis:

A vulvo vaginitis -

Plan of Management:

A reassured - tt given.

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

MAHA

Patient ID:

1

Multistix® 10 SG

Test date 05-25-2024

Time 5:30PM

Operator ANJ

Test number 2166

Color Yellow

Clarity

Clear

GLU Negative

BIL Negative

Date 25 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name محمد عبد خلد رطل شكري الإسم الكامل

Date of Birth 22 / 1 / 2005 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55733213 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55733213 رقم الجوال

Emergency Contact Person أ. ك. م. أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 77997911 رقم هاتف

Address: Building No. 33 Zone No. 80 Street No. 804 العنوان:

رقم البناية 33 رقم المنطقة 80 رقم الشارع 804 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 238906

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلي 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: د. سلمي

التاريخ: 23/5/2024

22/5/2024



ملف رقم: 038 906

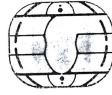
التوقيع: [Signature]

[Signature]

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30563400236

الرقم:

D.O.B. 22/01/2005

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 05/06/2031

الصلاحية:



الإسم: مها سعد خليف دخيل الشمري

Name: MAHA SAAD K D ALSHAMARI

منطقة 80 - شارع 804 - مبنى 35

العنوان:

Serial No: 4327714311247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

