



File No.: 039163

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039163

Name: MAHA METLEA ALATIBI

QID No: 28463403132

Mo: 33223345

Sex: Female

ADDRESS: ALNASRIYA



Age: 40 y.o

Marital Status: 3 yrs.

P's Name: Ahmed Alrenahi

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Lower backache + vulval pain & smelly vag. discharge. no itching or urinary symptoms.
- lactating + Bottle feeding.
- last period was scanty / last only for 2 days.

Medical History: hypothyroid on 50mg thyroxine P.H. Non F.H. M + F

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs. L.N.M.P. 28.6.2024.

Menstrual Habits: regular last for 7 days every month.

Menstrual Symptoms: ass & dysmenorrhoea Menopause:

Parity: P 2 Abortion 1 Ectopic LCB 50 days.

♀ II ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 82.2 Kg BMI 31.1 Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

non cooperative. not pale.

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: soft, obese.

Breasts: well developed & milk.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. episiotomy wound. no evidence of infection.

Bimanual Exam. whitish vag. discharge. refused speculum.

Rectal Exam. not done.

Investigation Requested:

T.U.S = A/x normal size uterus & fluids inside. GT 5.0 mm. normal ovaries & small follicles. no cyst - no FFCDs.

Diagnosis:

Δ Post NVD check up.

Plan of Management: Pt. reassured. given. doesn't want

contraception.

Next Appointment:

Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name **مهنا متلع العتيبي** الاسم الكامل

Date of Birth **١٩٨٤/٩/١٤** تاريخ الميلاد

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

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

Occupation **معلمة قانونية** المهنة

I.D Number **٥٨٤٦٣٤٠٣١٣٢** رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number **٣٣٤٤٣٣٤٥** رقم الجوال

Emergency Contact Person **نوري سعد العتيبي** أقرب الأقارب

Emergency Contact Number **٦٦٦٦٣٩٧٦** 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 **مهنا** التوقيع

File Number **٥٣٩١٦٣**

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: علاء متاع العتيبي

التاريخ: ٧/٤/٢٠٢١ م

ملف رقم: 039163

التوقيع: علاء



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28463403132

الرقم:

D.O.B. 14/09/1984

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

30/06/2029

الصلاحية:



الإسم: مها متلع مسلى المقاطى العتيبي

Name: MAHA METLEA M A AL-OTAIBI

منطقة 51 - شارع 895 - مبنى 5

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

