



File No.:

039795

Nationality:

P

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039795

Name: MANAHA ALI ALMARRI

QID No: 27063402410 Sex: Female

Mob: 66550081

ADDRESS: ALMERADH

Age:

50 yrs

Marital Status:

31 yrs

Husband's Name:

Alian Ali Almarri

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Lower abdominal pain mainly in the left 15 years, radiated to the lower limb, also there is backache, no burning Micturition some time had stress urinary symptoms-

Medical History:

DM insulin once 55 IU

P.H. gastric sleeve

F.H. DM & HTN

2023

(F&M)

MENSTRUAL HISTORY:Hb A1C = 8
Fasting

Menarche:

14 years

L.N.M.P

2 wks

Menstrual Habits:

regular, monthly lasting

4 days

Menstrual Symptoms:

Contain clots-

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB

EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm

Wt. 78.6

Kg BMI

Kg/m²

Bp 120/80

mm Hg

obese, not edematous

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

Fatty - distended & gas, tender Lt iliac fossa & finger pointed tenderness

Breasts:

Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

ca of nulli, mucoid disch., adnexae free

Bimanual Exam.

tender AVE ut., ex uterine -ve, normal ovaries

Rectal Exam.

Investigation Requested:

AVE ut & multiple fibroids 2-2.5 cm

some calcified, and met irregular O-R

Rt ov - one old follicle, Lt not well seen

2 left subserous fibroids, irregular outline 4cm

Diagnosis:

Chronic pelvic pain - fibroid ut

Plan of Management:

for hysterectomy: Not willing

Next Appointment:

Date 15/10/2011

New Patient Registration Form

Full Name مانتة علي طري الإسم الكامل

Date of Birth 23-12-1970 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 27063002410 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66550081 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 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 التوقيع

File Number 039795

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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.

بالتوقيع

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

اسم المريض / المريضة: هاتمة علي

التاريخ: ١٥ / ١٠ / ٢٠٢٢

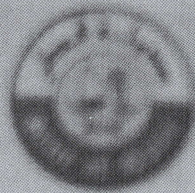
ملف رقم: ٥٣٩٦٩٥

التوقيع:

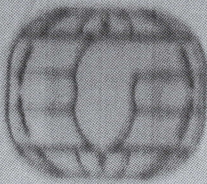
د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

بالتوقيع

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة هوية شخصية



ID No: 27063402410

D.O.B: 23/12/1976

Nationality: QATAR

Date of expiry: 31/05/2030



الاسم: منة عتيق بريك الماري

Name: MANAH ALI B A AL-MARRI

صلاحية: 30 سنة - 2023 - 2053

Series No:

موقع توقيع السلطة
Authority's signature

موقع توقيع حامل البطاقة
Cardholder's signature

