



File No.: 038930

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038930
Name: MARIAM DAKHEEL ABUSALA
QID No: 29763404926 Sex: Female
Mob: 33125880 Address: AL SILYA

Age: 26 yrs
Marital Status: Divorced
Band's Name: after 1/2 marriage
File Phone: 33125880 Residence Phone:

SYMPTOMS:

Will Remarry ? Novemb
to check if needs perineorrhaphy

Medical History:

Non

P.H. Non

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12+

L.N.M.P

12-5-24

Menstrual Habits:

monthly usually for 5 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 149 cm

Wt. 54.6 Kg

BMI

Kg/m² Bp 100/70 mm Hg

Non Coop, young

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: normal looking

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

introitus already e-ruptured hymen, normal

Bimanual Exam.

disch, normal vagina not examined

Rectal Exam.

Refuses

Investigation Requested:

not indicated

Diagnosis:

Gynoe check up, for Perineal repair

Plan of Management:

will decide

Next Appointment:



Date 28 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل مريم دانيال أبو صفا

Date of Birth تاريخ الميلاد 24-12-1997

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

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

Occupation المهنة موظف

I.D Number رقم البطاقة الشخصية 29763404926

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال 33125880

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف 33125880

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 مريم

File Number 038930

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29763404926

تاريخ الميلاد: D.O.B. 24/12/1997

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: 29/11/2032



الإسم: مريم دخيل صالح محمد ابوصلعه

Name: MARYAM DEKHAYEL S M ABUSALAH

منطقة 55 - شارع 310 - مبنى 94

العنوان:

Serial No: 4350E1043D18247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





Notification Request for Surgery

Patient's Name:
File No:
QID:
Nationality:
Age: Sex:
D.O.B:

Diagnosis:

Procedure/Operation:

Date & Time of Operation:

Type of surgery: ☐ Elective ☐ Emergency, Reason

Drug Allergy: ☐ No ☐ Yes, Allergic to

Antibiotic Prophylaxis: *Gentamycin 120 mg IM pre-op*
after - re skin test

Additional Requirements:

Anesthesia: ☐ General ☐ Sedation ☐ Local ☐ Spinal ☐ Epidural

Expected Duration of Operation:

Expected Period of stay in Hospital:

Admission: ☐ Inpatient ☐ Day Care (<12 hours) ☐ Delivery

Doctor's Name & Signature: *Dr. Leila H. Bashir* Date:



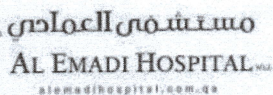


Patient's Name:
 File No:
 QID:
 Nationality:
 Age: Sex:
 D.O.B:

Dr. Name:

[illegible][illegible]

T: +974 44666009
F: +974 44678340
P.O. Box 50000, Doha, Qatar
alemaadihospital.com.qa



PHYSICIANS ORDERS AND PROGRESS NOTES FORM

D.O.B:

Dr. Name:

[illegible][illegible]

P.O. Box 50000, Doha, Qatar
alemadihospital.com.qa



تعليمات وتحضيرات قبل عملية رفع المهبل

1/ المُليّن: ملعقة كبيرة لمدة يومين قبل العملية مع كوب ماء ثم ملعقة صغيرة لمدة أسبوع بعد العملية.

2/ المضاد الحيوي: كبسولة كل 12 ساعة لمدة 5 أيام / 7 أيام من ثاني يوم العملية.

3/ مسكن الألم: حبة/كبسولة – مرتين / ثلاث مرات يومياً وذلك حسب الحاجة.

4/ التحاميل المخففة للألم: تحميلية بالشرح مرة يومياً / مرتين يومياً وذلك حسب الحاجة.

5/ الصيام:-

يبدأ الصيام من الساعة

الحضور للمستشفى الساعة صباحاً

الحضور للمستشفى الساعة مساءً

توقيع المريض أو من ينوب عنه

صورة بالملف

صورة للمريض لتقديمها إلى مكتب التنويم



DISCHARGE SUMMARY

Name of the Patient:	File No:			
Age/ Sex:	Nationality:			
Date of Admission:	Date of Discharge:			
ADMISSION DIAGNOSIS: _____				
PRESENTING COMPLAINT(S) AND REASON FOR ADMISSION: _____				
PHYSICAL EXAMINATION & LABORATORY FINDINGS: CBC TSH Hepatitis B screening test				
RADIOLOGY FINDINGS: _____				
PROCEDURES & TREATMENT PROVIDED: Perineal repair ☒ Episiotomy repair ☐ Posterior vaginal wall repair ☐				
SPECIMEN / STONE :	Removed and Sent: ☐ No: ☐			
DISCHARGE DIAGNOSIS: Postoperative				
SUMMARY OF HOSPITAL STAY: Smooth				
DISCHARGE CONDITION: Fair				
DISCHARGE MEDICATION (Refer to the Medication Reconciliation at Discharge & Prescription attached)				
Discharge Medication	Dose	Route	Frequency	Duration
AZORD CAPS	300mg	oral	12 hourly	5 days
Betadine spray powder & wash + procutase gel			topically	twice each
Voltaren tabs	50mg	oral	2-3 times a day	PRN
Voltaren supp	100mg	Rectal	bld	PRN
ACTIVE MEDICAL PROBLEM AT DISCHARGE:				
No: ☒ Yes: ☐ If yes, please specify: _____				
DISCHARGE DESTINATION: Home: ☒ Other: ☐				
FOLLOW UP: Appointment Date: 1 wk to my clinic				
DISCHARGE INSTRUCTIONS (Post Operative Home Care): Wound Care + Regular use of medications				
Advice, recommendations and future plans (including results awaited and outstanding investigations): Refrain from intercourse for 6 wks				

Physician Signature & Stamp:

د. ليلى حميد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
Consultant OB GYN
License No. P832

Date:

M.F. 45-B

