



File No.: 039172

Nationality: ①

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039172
Name: MARIAM SAEED ALQOOZ
QID No: 29763404128 Sex: Female
Mob: 66109447 ADDRESS: ALMANASEER



Age: 26 yrs

Marital Status: Single

Spouse's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

pelvic pain & no B Micturition
No abnormal discharge want to do uls

Medical History: eczema —

P.H. —

F.H. DM + HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 Yrs

Menstrual Habits: Regular monthly for 5 day

Menstrual Symptoms: Normal

L.N.M.P

18-6-24

Menopause:

Parity: P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht 157 cm Wt. 91.7 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Looks well not pale

Chest, C.V.S.

/ NAD

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ Virgin

Investigation Requested:

Abdual Arf uterus ET 12mm

Normal Rt ovary xmt Lt not seen
excessive gas

Diagnosis:

Plan of Management:

IBS
To Repeat dx after one week

Next Appointment:



Date 6 / 7 / 2011

New Patient Registration Form

Full Name مریم سعید القوز الإسم الكامل

Date of Birth 1997/11/13 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29763404128 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66109447 رقم الجوال

Emergency Contact Person الأم أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55590933 رقم هاتف

Address: Building No. 49 Zone No. 55 Street No. 608 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

استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature مریم التوقيع

File Number 039172

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 إجراء 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: مريم سعيد العوز

التاريخ: ٢٠٢٤/٧/٦

ملف رقم: 039172

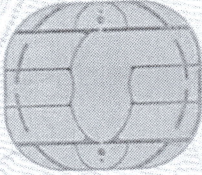
التوقيع: مريم



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29763404128 الرقم:

D.O.B. 13/10/1997 تاريخ الميلاد:

قطر محل الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 20/07/2024 الصلاحية:

الاسم: مريم سعيد محمد سعيد القوز

Name: MARYAM SAEED M S AL-QOZ



Date of Issue:

21/07/2014

Blood Group:

A-

Serial No.:

0133200B0A12818C

الريان غريغ المناسير

تاريخ الإصدار:

فصيلة الدم:

الرقم المسلسل:

العنوان:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

