



File No.: 039308

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039308
Name: MOOZA SALIH ALRASHEEDI
QID No: 28863401278 Sex: Female
Mob: 55889233 ADDRESS : RAYYAN

Age: 35yrs
Marital Status: single
and's Name:
ile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

no abnormal smell - no urinary symptoms.
c/o vulval itching + discharge.

Medical History: medically free P.H. gastric sleeve F.H. Mon.
7 yrs ago.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs. L.N.M.P 5-7-24
Menstrual Habits: regular - last for 5 days every month.
Menstrual Symptoms: Non. Menopause:
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 56.5 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
Cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Soft

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION: exam. done in presence of nurse Taiseer
Speculum Exam. speculum not done (single). reddish vulva &
Bimanual Exam. scratching marks. whitish discharge seen outside.
Rectal Exam. not examined.

Investigation Requested:

Investigation Requested: UCA → Ket Trace.
BIL 1+
PRO 1+
Leu Trace.

Diagnosis: A vaginitis + cystitis

Plan of Management: Pt reassured. given.

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

MOOZA

Patient ID:

039308

Multistix® 10 SG

Test date 08-03-2024

Time 11:02AM

Operator LAMIS

Test number 2583

Color Yellow

Clarity

Clear

GLU Negative

*BIL 1+ *

*KET Trace *

SG ≥ 1.030

BLO Trace-intact

pH 5.5

*PRO 1+ *

UPO 0.25 U/dl



Date ...3.../...8.../...24...

New Patient Registration Form

Full Name سوز صالح الرشيدي الإسم الكامل

Date of Birth 30/3/1988 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 28863401278 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55889233 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 37 رقم المنطقة 51 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 039308



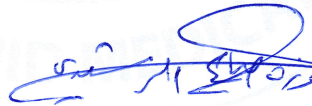
نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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: 

التاريخ: 3/8/2018

ملف رقم: 039308

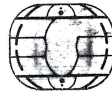
التوقيع: 

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم 832
License No. 832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28863401278

الرقم:

D.O.B: 30/03/1988

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

30/10/2029

الصلاحية:



الاسم: موزه صالح مرضى الخيارى الرشيدى

Name: MOUZA SALIH M A AL-RASHIDI

منطقة 51 - شارع 469 - مبنى 37

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

