



File No.: 039745

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039745

Name: MOZA HUSAIN ALMALIKI

QID No: 27563401228

Sex: Female

Mob: 55050542

ADDRESS: BANI HAJER



Age: 49 ys

Marital Status: 23 ys

me: Mohammed Saad Almaliki

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Had. oper. last week at WWR C gut + part vaginal wall repair followed by urinary retention after 1 day then catheter is put till today oper. was in vaginal sound.

Medical History:

N/A

P.H. Gastric sleeve F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

15

L.N.M.P.

6/12 age

Menstrual Habits:

used no contraceptives, periods was irregular for 2004 to 2023 yr.

Menstrual Symptoms:

2?

Menopause:

one year

Parity:

P

9

Abortion

0

Ectopic

or

LCB

11 yr

♀

6

♂

3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm

Wt. 65.2

Kg BMI

Kg/m² Bp

130/80 mm Hg

Slim, coop., norm. g. look.

Chest, C.V.S.

N/A

Abdomen:

Marks of laparoscopy + abdominoplasty

Breasts:

augmental scars

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

small penicilliform incision, catheters wire

Bimanual Exam.

e - almost clear tube - , no ant scar

Rectal Exam.

seen but threads felt.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Urinary Retention Post op.

Plan of Management:

on Nitroglycerin 100 gl 6h

Next Appointment:

Date 8 / 10 / 24

New Patient Registration Form

Full Name حسن محمد حسين المالكى الاسم الكامل

Date of Birth 1975 / 9 / 1 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number ٢٧٥٦٣٤٠١٢٢٨ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ٥٥٠٥٠٥٤٢ رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person سارة الصالحى أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ٥٥٤٥٥٥٠٦ رقم هاتف

Address: Building No. 51 Zone No. 1229 Street No. 21 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 039745

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.

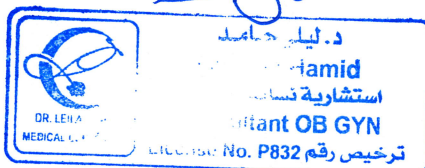
وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

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

اسم المريض / المريضة: عزة محمد المملح

التاريخ: 8-10-24

ملف رقم: 039745



التوقيع:

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27563401228

الرقم:

D.O.B: 01/09/1975

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

25/06/2033

الصلاحية:



الاسم: موزه حسين سالم حسين المالكي

Name: MOOZA HUSSAIN S H ALMALKI

منطقة 51 - شارع 1239 - مبنى 21

العنوان:

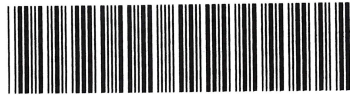
1134140A3770A127

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



File No.: 039745

[illegible]