



File No.: 039166

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039166
Name: MUNEERA BAKHIT ALMARRI
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mo: 50035192 ADDRESS : ALSHAAHNIYA



Age: 18 yrs 6 months

Marital Status:

band's Name:

Mohammed Ali Almarri

Mobile Phone:

Smoker (A)

Residence Phone:

2515

SYMPTOMS:

clo B Micturition +
feels incompletely evacuate 4 v. itching

Medical History:

P.H.

F.H. DM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity:

P

Abortion

L.N.M.P

25-6-24

Menopause:

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 115.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

Uterus - low +1 bld T pro +1
vaginitis

today

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

MONIRA

Patient ID:

039166

Multistix® 10 SG

Test date 07-04-2024

Time 5:58PM

Operator LAMIS

Test number 2410

Color Other

Clarity
Turbid

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative

SG 1.015

BLO Trace-lysed

pH 8.5



Date ٧ / ٧ / ٢٠٢٢

New Patient Registration Form

Full Name صبره جنت محمد علي الإسم الكامل

Date of Birth ٢٠٠٧ - ٢ - ٢٢ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number ١١٤٢٧٧٩٣٣٥٢ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٥٠٠٣٥١٩٢ رقم الجوال

Emergency Contact Person ٦٦٨٧٧٠٥٦ أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. ٨٩ Zone No. ٨٠ Street No. ٩٤٥ 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 / أقارب

☐ 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 ٠٣٩١٦٦



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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: **صيرة بجيت محمد باري**

التاريخ: **2024 - 7 - 4 - 1445 / 12 / 28**

ملف رقم: **039166**

التوقيع:



منيرة بنت بغيث بن محمد الجريومي المري

ALMARRI, MUNIRAH BAKHEET M



No: 1142779352 الرقم : ١١٤٢٧٧٩٣٥٢
DOB: 22/02/2007 تاريخ الميلاد : ١٤٢٨/٠٢/٠٤
DOE: 18/03/2027 تاريخ الانتهاء : ١٤٤٨/٠٣/١٨
مكان الميلاد : الاحساء



1142779352



SN: 01114209639774



IDSAU114277935<27<2169<<<<<<<<
0702223F2703187SAU<1<<<<<<<<5
ALMARRI<<MUNIRAH<BAKHEET<M<<<<