



File No.: 039532

Nationality: QAT

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039532  
Name: MUNEERA ADI ALMUTARI  
QID No: 30263402965  
Mob: 30021111  
Sex: Female  
ADDRESS: ALSILYA

Age: 22 YRS.  
Marital Status: 1 YR.  
Name: DIVORCED  
Residence Phone:

### SYMPTOMS:

delivered 2wks ago, presents c/o of the pain at the site of the episiotomy, she cant sit, lactating + bottle feeding  
Divorced- she want to know if she need repaired

Medical History: Non

P.H. abdominoplasty 2023 F.H. DM (M)  
HIV (MAF)

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years  
Menstrual Habits: regular, monthly - lasting 7 days - L.N.M.P.  
Menstrual Symptoms: Menopause:

Parity: P 1 Abortion Ectopic LCB

♀ 1 NVD, aw ♂

### EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 82.5 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 120/70 mm Hg  
couple, nice personality

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: fatty

Breasts: not examined

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. open episiotomy at its upper end & many  
Bimanual Exam. threads removed (1/2 cm open) cleaned  
Rectal Exam. prostatic

Investigation Requested:

Diagnosis: Gynae or postnatal check up, open episiotomy

Plan of Management:

1 Wk



Date 5 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name ..... منيرة عماري الحطري ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 31/7/2002 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality ..... فلسطينية ..... الجنسية

Occupation ..... طبيبة ..... المهنة

I.D Number ..... 30263402965 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 30221111 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... ب. 81 ..... أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ..... 66722686 ..... رقم هاتف

Address: Building No. 15 Zone No. 55 Street No. 1012 ..... العنوان:

العنوان: رقم البناء رقم المنطقة رقم الشارع

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 ..... 039532

## 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 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: ميره يادي الحارثي

5-9

التاريخ:

039532

ملف رقم:

الحارثي

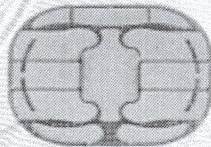
التوقيع:

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

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30263402965 الرقم:

D.O.B 03/07/2002 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 25/12/2029 الصلاحية:



الاسم: منيره عادى محمد غنيم المطيرى

Name: MUNEERA ADY M G ALMUTAIRI

العنوان: منطقة 55 - شارع 856 - مبنى 19

Serial No: 00130263402965

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

