



File No.: 039185

Nationality: BAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039185
Name: NOORA JABER ALMARRI
QID No: 27141400020 Sex: Female
Mob: 77971991 ADDRESS: ALSILYA



Age: 52 YRS.

Marital Status: 32 YRS.

and's Name: HAMAD MOHAMMAD ALMARRI

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

cls wide vagina, she can't control her urination when she cough or laugh. also there is difficult defecation need to press by her fingers to defecate. had history of difficult labour in 2008, large size baby (5 Kg) boy, now has 16 years ("low IQ"), she on thyrocin 100, and TTT for lupus.

Medical History: not known to be Diabetic or Hypertensive, known case of lupus (2010), history of GDM in (5 pregnancy), time

P.H. history of thyroidectomy F.H. F.H. 2016 (thyroid cancer) of DM & HTN. abdominoplasty in 2023 (M & F), Breast surgery 2016 (benign lumps) L.N.M.P.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years

Menstrual Habits: regular, 7 days / each 28 wk -

Menstrual Symptoms:

Menopause: for 3 years

Parity: P 9 Abortion 2

Ectopic LCB 2010



5



"NUD" 4

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 76.7 Kg BMI Kg/m² Bp 120/90 mm Hg

looks older, normal built. Coop.

Chest, C.V.S. clear.

Abdomen: there is surgical scar (abdominoplasty).

Breasts: clear.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Wide introitus & open episiotomy site →

Bimanual Exam. external redness, moderate uterine tenderness, big Recto.

Rectal Exam. pale vagina 1st degree uterine prolapse.

Investigation Requested: Bormey's test not informative

Diagnosis: Cysto rectocele & S.I. for ant & post vaginal wall repair

Plan of Management:

Urodynomeic

Next Appointment:

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE W.L.L
Tel. 44817651 / 44817652 - Fax : 44812796
Al Salam Street - North Muaither Villa No. 24770 (76)



مرکز د. لیلا حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي فيلا رقم ٢٤٧٧٠ (٧٦)

Noora Jabir Almarri

0391885

para 9 + 2

52 yrs

- menopause 3 yrs

- AU NVD, LD 14 yrs.

- Known case of SLE on Treatment.

& history of total thyroidectomy due to Ca thyroid, on thyroxin 100 mg/d.

+ P.H of abdominoplasty 2023 +

Fibroadenectomy 2016 due to benign tumour.

- presented Clo wide vagina +

Symptoms of stress incontinence and difficult defecation.

- plan For anterior and posterior repair

For =

Urodynamic studies

Please



د. ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية ووليد
Consultant OB GYN
ترخيص رقم P832

Julia

06 JUL 2024

Date 8 / 7 / 2019

New Patient Registration Form

Full Name يوسف جابر صالح المري الإسم الكامل

Date of Birth ١٩٧١ / ١٠ / ١٤ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة بيت المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ٧٧٩٧١٩٩١ رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. ٨١ Zone No. ٢٠٢ Street No. البيت ابو قنبله 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 039185

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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: فؤاد جابر صالح المري

التاريخ: ٨ / ٧ - ٩٤٠٩

ملف رقم: 039185

التوقيع: د. ليلى حامد

د/ ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 27141400020

تاريخ الميلاد: D.O.B. 14/10/1971

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 23/05/2033



الإسم: نوره جابر صالح العويدي المري

Name: NOURAH JABER S A ALMERI

منطقة 81 - شارع 303 - مبنى 3

العنوان:

Serial No: 113414093742A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

