



File No.: 039711

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039711
Name: NAFESSA BALAH IDRIS
QID No: 29973602127 Sex: Female
Mob: 33562095 ADDRESS: ALWAKRA



Age: 25 yrs

Marital Status: 1 yr

band's Name: Mohammed Alhaj Mohammed

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

do want checkup +/o Molar pregnancy
on partial surgical R. grain last BACD
Discharge from the follow up
informed to wait one year → want to conceive
Medical History: medically free P.H. — F.H. HTN + DM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12-13/2 L.N.M.P. 15-9-24
Menstrual Habits: Monthly for 5 day Regularly
Menstrual Symptoms: Normal Menopause:
Parity: P 0 Abortion 1 (partial) Ectopic LCB
♀ 4/12 Molar → surgical R

EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 66 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Lungs well ♀ No a/c nor hirsutism

Chest, C.V.S.

Abdomen: N/A

Breasts: N/A

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Vaginitis

Plan of Management:

D₁₂ + R

Next Appointment:

Reassurance

Name: NAFESSA BALAH DRIES

File Number: 039711

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
23-10-24 100/70 66-2	12-10-24 D 12	/	G.A 8-6mm	No bleeding Follicle	one bleeding Follicle 8-6mm

Notes:



Date 2 / 10 / 2019

New Patient Registration Form

Full Name لقيسه هلا اويس مظل اسه الإسم الكامل

Date of Birth 1999 / 30 / 10 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29973 602127 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 33562095 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33562095 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33562095 رقم هاتف

Address: Building No. 80 Zone No. 442 Street No. 10 العنوان: رقم البناء 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 لقيسه التوقيع

File Number 039711

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: نفيسة به ادريس فضل الله

التاريخ: 2/10/2024

ملف رقم: 039711

التوقيع: نفيسة



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29973602127

الرقم الشخصي:

D.O.B.: 30/10/1999

تاريخ الميلاد:

Expiry: 20/07/2024

الصلاحية:

سودانية

الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: محاسبة عامة

المهنة:

الاسم: نفيسة بله إدريس فضل الله



Name: NAFISA BALH IDRIES FADLALLAH