



Already seen

File No.: 039274

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039274

Name: NAJAH MENIKHIR SALIH

QID No: 25763401632 Sex: Female

Mob: 55543979 ADDRESS : ABU NAKHLA



Age: 67 yrs

Marital Status: 47 yrs

Spouse's Name:

Divorced

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Postmenopausal bleeding started 26/7/24
minimal amount - Booked for PAP & U/S at
PHC next Tuesday.

Medical History: - HTN & DM on oral H P.H. appendectomy F.H. -
- Hypothyroidism on 50-g thyroxine cholestyramine

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: / L.N.M.P. menopause > 20 Yrs

Menstrual Habits: /

Menstrual Symptoms: /

Menopause:

Parity: P 7 Abortion 1 Ectopic LCB 22 Yrs

♀ 3 ♂ 4

EXAMINATION

General Examination: Ht 153 cm Wt. 83.5 Kg BMI Kg/m² Bp 130/80 mm Hg
well - co-operative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Normal Vulva - Redundant Vaginal
wall & cystocele - healthy CX
Bimanual Exam. No current vaginal bleeding.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

- US FR ET & adenexa declined } Booked at PHC
- PAP smear declined

Diagnosis: Postmenopausal bleeding for work up

Plan of Management: after PAP smear & Pelvic Scan possible
endometrial sampling ± minena coil ± TAHBSO

Next Appointment:

Date 28 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. 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) / تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039274



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: ساجدة موسى

التاريخ: 20024/7/28

ملف رقم: 039274

التوقيع: ر



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID No: 25763401632

تاريخ الميلاد: D.O.B. 01/01/1957

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 12/04/2027



الإسم: ناجعه منيخر صالح منيخر

Name: NAJAH MENAIKHAR S MENAIKHAR

منطقة 55 - شارع 890 - مبنى 25

العنوان:

Serial No: 535826062B5132DF

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

