



File No.: 039395

Nationality: INDIAN

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039395
Name: NAVANEETA BIKKA REDDY
QID No: 29035659420 Sex: Female
Mob: 30532716 ADDRESS: MUITHER

Age: 31 yrs
Marital Status: 17 yrs
Name: Chaitanya B

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Postnatal heavy menstrual
bleeding for 1 year - Language
Barrier - Translator - her friend

Medical History: medically Free

P.H. Not Significant F.H. Not Significant

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity: P 2

Abortion 0

Ectopic

Menopause:

LCB 9 yrs

♀ 1

♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 155 cm

Wt. 69.2

Kg BMI

Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

Well - co-operative

Chest, C.V.S. N/A

Abdomen: N/A - mini laparotomy scar (tubal ligation)

Breasts: -

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Normal vulva - vagina - healthy CX
offensive bloody discharge menses

Investigation Requested:

TVS 2- Normal size uterus ET 2- 7.74 mm & endometrial
polyp 1.2 x 1.3 cm - Small Endometrial Fibroid intramural
1.9 x 1.4 cm. BAH ovaries typical PCO.

Diagnosis: AUB - ? PCO related ? infected endometrial polyp

Plan of Management:

oral + Topical antibiotics then endometrial sampling
+ polypectomy. metformin life long

Next Appointment:



Date 17/ 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name BINAVANEETHA الإسم الكامل

Date of Birth 1/ 1/ 1990 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29035659420 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) / حدد الطريقة التي تفضلها

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

Signature BINAVANEETHA التوقيع

File Number 30532716
039395

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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.

BINAVANEC Faw

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 17-8-24

ملف رقم: 039395

التوقيع :

BINAVANEC Faw



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29035659420 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/01/1990 تاريخ الميلاد:
Expiry: 02/02/2025 الصلاحية:
الجنسية:
Nationality: INDIA الهند
Occupation: عاملة منزل المهنة:



الاسم: نوانيثا بيكا

Name: NAVANEETHA BIKKA REDDY KALAVAKUNTALA

Passport Number: Y5215427
Passport Expiry: 07/11/2033
Serial No: 30129035659420
Residency Type: عمل
Employer: عبدالله جابر علي راشد عليان
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممثل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

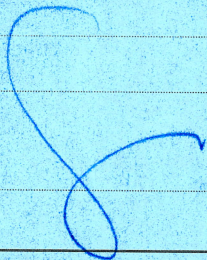
تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date:	17 AUG 2024	التاريخ:
Patient's name:	Navaneeta Bikkai	إسم المريض:
File No.:	039395	رقم الملف:
Age:	31 yrs	العمر:
Rx		
- Xenical vaginal pessaries (⊕)		
تدليك "Xenical" فيagina		
- Fl-gyl tabs 500mg 1x3x7		
Fl-gyl tabs 500mg 1x3x7		
Doctor's signature: 		

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523