

Period
 6 May - 24
 June - 16
 July - 08 then 28



File No.: 039367

Nationality: British

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039367
 Name: NAZRET MAHARI
 QID No: VISIT VISA
 Mob: 33929332
 Sex: Female
 ADDRESS: MAEZER

Age: 36 yrs
 Marital Status: Divorced

Spouse's Name: _____
 Mobile Phone: _____
 Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

has fibroid clo seen in uk interned
 R came to W make for her stenography
 Discussed options for

Medical History:

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: _____
 Menstrual Habits: 13 yrs Regular 1x monthly L.N.M.P 28-7-24
 Menstrual Symptoms: N/A For 5-7 day
 Parity: P Abortion NVD Menopause: _____
 Ectopic LCB 11 yrs

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 74.4 Kg BMI _____ Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
 Look: well not pale
 Chest, C.V.S. _____
 Abdomen: N/A
 Breasts: N/A

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. _____
 Bimanual Exam. _____
 Rectal Exam. _____

Investigation Requested:

Diagnosis: counselling about R of Fibroid → Discussed

Plan of Management:

Next Appointment: _____



Date 12/08/24

New Patient Registration Form

Full Name Nazket Mahali الإسم الكامل

Date of Birth 01/01/1984 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Teaching assistant المهنة

I.D Number..... رقم البطاقة الشخصية

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

Mobile Number 33929332 رقم الجوال

Emergency Contact Person نيسر أقرب الأقارب

Emergency Contact Number..... رقم هاتف

Address: Building No. 67 Zone No. 55 Street No. 551 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 mk التوقيع

File Number 039367

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: *narzet mahani*

12 / 8 / 24

التاريخ:

039367

ملف رقم:

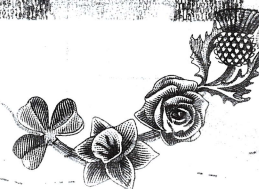
التوقيع :



THERE ARE NO OFFICIAL OBSERVATIONS



HOLDER'S SIGNATURE/SIGNATURE DU TITULAIRE



UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND

Type/Type
P

Code/Code
GBR

Passport No./Passeport No
564768589

TESFU

NAZRET MAHARI

BRITISH CITIZEN

01 JAN / JAN 89

F

TESENEY

22 NOV /NOV 19 HMPO

22 NOV / NOV 29

0HA2700 0

SEE PAGE ABOVE

P<GBRTEFU<<NAZRET<MAHARI<<<<<<<<<<<<<<<<<
5647685890GBR8901011F2911227<<<<<<<<<<<<02