



File No.: 038898

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CEN

File No: 038898

NAME: NOORA MASOUD SHAIA AL ABAD

ID NO: VISIT VISA SEX: FEMALE

MOB: 70999099

ADDRRES: ALRAYYAN

Age: 63 years

Marital Status: 38 YEARS

Husband's Name: Hassan Hamad Alqahtani

File Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Pelvic pain + heaviness + rectal pain
 - urine urgency + ↑ frequency + nocturia
 - also she has incontinence (symptoms "stress & urge" + lower backache & dragging sensation + abd. distention)
 Medical History: hypertensive & diabetic PH. Laprotomy FH. HTN (CM)
 & asthmatic on tt. of rubertum DM (F)
 ectopic

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Menopause: 15 yrs

Parity: P 4

Abortion 5

Ectopic

LCB

♀ 3

♂ 1

all MVD, → one molar & one ectopic

EXAMINATIONGeneral Examination: Ht. 160 cm Wt. 80.6 Kg BMI Kg/m² Bp 150/70 mm Hg

cooperative, obese. not pale

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

Soft, obese - suprapubic tenderness.

Breasts:

NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

wide introitus & vagina is atrophic
changes - no abnormal discharge - big

Bimanual Exam.

Cysto-rectocele - ex looks normal

Rectal Exam.

not done

UGR → Gbu +2

Investigation Requested:

T.U-S = A/r normal size uterus, @ T 1.9 mm.
 dormant both ovaries & no reserve. no cyst.

Diagnosis:

Δ IBS + Cysto-rectocele + uncontrolled DM.

Plan of Management:

pt reassured & given. advised to consult
 diabetologist to control DM. For anterior & post-repair

Next Appointment:



MEDICAL REFERRAL LETTER

GYNE AND GENERAL REFERRAL

To Doctor : WWRC "Gyn."

From : DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

Patient's Name: Noora Masoud shahiaAge: 63Nationality: SARIs P: 4 Abortion: 1 Ectopic: 1

- AU VD. LD 26 yrs. molar pregnancy.

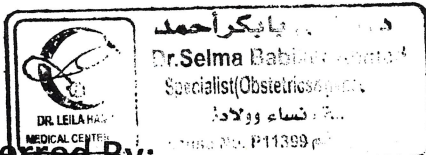
☒ HIGH RISK hypertensive, diabetic & asthmatic☐ INF on ~~the~~☐ OTHERS

Case Summary:

menopausal for > 15 yrs. presented with pelvic pain & heaviness and urine incontinence + difficult defecation + frequent lower backache. exam: revealed b/c. ~~appt. normal~~

US: A/P normal size uterus, GT 1-9mm. dormant ovaries & no reserve - no cyst.

Referred To:

☒ OPD☐ ER2 - 4 wks. - ~~USG~~ ~~findings~~

Referred By:

Doctor's Signature & Stamp



Date:

26 MAY 2024

Please

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

NORA

Patient ID:

16

Multistix® 10 SG

Test date 05-23-2024

Time 3:56PM

Operator RER

Test number 2154

Color Yellow

Clarity
Clear

*GLU 2+ *

BIL Negative

KET Negative

SG 1.015

BLO Negative

pH 7.0

PRO Negative

URO 0.2 E.U./dl



Date 29/5/24

New Patient Registration Form

Full Name نورية سمور شايع العبد الاسم الكامل

Date of Birth 1381/7/1 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation لا يوجد المهنة

I.D Number 1049805300 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) لا يوجد رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70999099 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 2 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 / أقارب

☐ Others / أخرى

How do you want us to address you ? كيف تفضل أن نناديك ؟

☐ By Name / بالاسم ☐ 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 038898



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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: **نورة مسعود**

التاريخ: **2024/5/23**

ملف رقم: **038898**

التوقيع: **ح**



هذا الجواز صالح للسفر الى جميع دول العالم الاسلامي
THIS PASSPORT IS VALID FOR ALL COUNTRIES
EXCEPT WHERE THE CONTRARY IS STATED

CONSUL GENERAL.

CP

DIRECTOR OF PASSPORTS

القضاء العام

مدير جازات منطقة عسير
عبدالله بن إبراهيم العيسى

THIS PASSPORT IS ISSUED AGAINST

مجلسه ۱۲۸

is also in
THE ORDER OF

KINGDOM OF SAUDI ARABIA المملكة العربية السعودية

PASSPORT	جواز سفر	Type P	Country Code SAU	Passport No. Y716013	رقم الجواز /
----------	----------	-----------	---------------------	-------------------------	--------------

الاسم/ نوره بنت مسعود بن شايح آل العبد

Name/ **AL ALABD, NORAH MASOUD S**

Date of Birth Sex

08 Dec 1961

F

الجنس

افشى

Date of Issue

Date of Expiry

تاریخ الانتهاء

13 Jan 2021

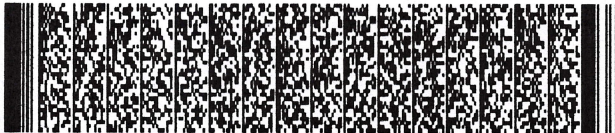
20 Nov 2025

1447/0/29

1442/0/29

Issuing Authority/ ABHA

مكان الإصدار / ابها



P<SAUALALABD<<NORAH<MASOUD<S<<<<<<<<<<<<<<<
Y716013<<4SAU6112088F2511203<<<<<<<<<<<<<02