

First marriage  
for both



File No.: 039143

Nationality: SAR

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039143  
Name: NOORA MOHAMMED ALMARRI  
QID No: 290682001390 Sex: Female  
Mob: 33466635 ADDRESS: ALMERADH



Age: 31 yrs

Marital Status: 7 yrs

band's Name: Faysal Mohammed Almarri

Mobile Phone:

Residence Phone:

### SYMPTOMS:

clo v. discharge + itching +  
Backache + pelvic pain  
Primary intersting factor on follow up  
at it has appointment for test  
Medical History: on thyroxin 125mg P.H. — FH. DM  
≥ 2 yrs

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11yo

Menstrual Habits: Regular

Menstrual Symptoms: Normal

Parity: P 0

Abortion 0

Ectopic

LCB



### EXAMINATION

General Examination: Ht. 152 cm Wt. 94-7 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 120/80 mm Hg

Looks well ♀ looked No acne

Chest, C.V.S.

Abdomen: / N/A

Breasts: Not examined

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex No seen long polyp uterine corpus

Bimanual Exam. white discharge small vulva

Rectal Exam.

### Investigation Requested:

Diagnosis:

UG → abd = T prot ure +  
Vaginitis

Plan of Management:

Next Appointment:

R  
10 days

Siemens  
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID  
MEDICAL CENTER

Patient Name: NOORA

Patient ID: 039143

Multistix® 10 SG  
Test date 07-02-2024  
Time 10:00AM  
Operator LAMIS  
Test number 2383  
Color Yellow  
Clarity Clear

GLU Negative  
BIL Negative  
KET Negative  
SG  $\geq 1.030$   
\*BLO Trace-lysed\*  
pH 6.0  
\*PRO Trace \*



Date 27/24

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... بغية محمد عماري ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 1995/1/1 ..... تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ..... المهنة

I.D Number ..... 29268200730 ..... رقم البطاقة الشخصية

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

Mobile Number ..... 33466635 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ..... 66866822 ..... رقم هاتف

Address: Building No. 35 Zone No. 33 Street No. 1232 ..... 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 ..... ☒ ..... استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature ..... n.m ..... التوقيع

File Number ..... 039143 .....



## نموذج الموافقة المستنيرة

### موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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: خيرة محمد عمر المري

التاريخ: 2/7/2024

ملف رقم: 039143

التوقيع: [Signature]

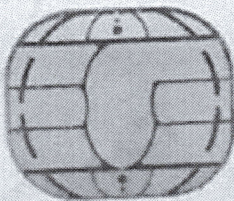




State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No 29268200730 الرقم:

D.O.B. 01/10/1992 تاريخ الميلاد:

Nationality SAUDI / سعودية الجنسية:

Date of expiry 11/02/2028 الصلاحية:

الاسم: نوره محمد عامر الفهيد المري

Name: NORAH MOHAMMED A A ALMARRI



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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796  
Al Salam Street - North Muaither  
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦  
شارع السلام - معيذر الشمالي  
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

## وصفة طبية Prescription

No

22 JUL 2024

Date: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

Patient's name: Noora Mohd اسم المريض: \_\_\_\_\_

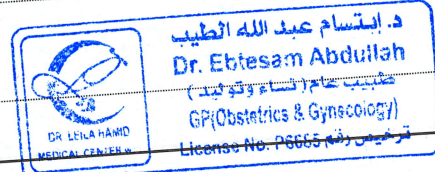
File No.: 039143 رقم الملف: \_\_\_\_\_

Age: 31ys العمر: Vagin

Rx

- Gynofit lactic gel  
from tomorrow 1x1x6cl  
- Canestin Vag. Oulus soom  
w/ky x 3 wks

Doctor's signature: \_\_\_\_\_



Email: dr.leilamedcenter@gmail.com  
Mobile: 55868523

## شهادة حضور

الاسم : نورة محمد الطري

العمر : ٣١ عام

السيدة / الانسة نورة زوجة السيد محمد الطري حضرت

للعيادة يوم الثلاثاء الموافق 02 JUL 2024 للعلاج / المتابعة

ما بين الساعة ٨:٠٠ صباحاً والساعة ١١:٠٠ ظهراً هذه شهادة لمن  
يهمة الأمر.

حررت الشهادة يوم 02 JUL 2024

التوقيع

الأستاذ الدكتورة / ليلي حامد



## Attendance Certificate

To Whom It May Concern

Name: NoORA MOHAMMED

Age: 31 years

This is to certify that Ms./Mrs. NoORA/Rashid <sup>with her husband</sup> was present at Dr. Leila H. Medical Center on \_\_\_\_\_ for treatment/follow up from 8:00 am/pm to 11:00 am/pm.

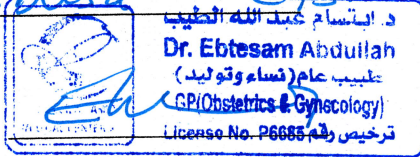
This certificate was provided to her upon her request with no liability on the center.

Best regards,

Doctor:

Ebtesam E/Sheekh

Signature:



Date:

02 JUL 2024

