



File No.: 039264

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039264
Name: NOORA ALI MUAJAB ALHAJR
QID No: 256663401606 Sex: Female
Mob: 55222198 ADDRESS: BANI HAJER



Age: 68 yrs
Marital Status: Divorced

P's Name:

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Protruding vaginal mass 3wks
No urinary symptoms or abnormal vaginal discharge

Medical History: medically well PH. Full FH. N/A

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: L.N.M.P. menopause 27 Ys
Menstrual Habits: /
Menstrual Symptoms: /
Parity: P 8 Abortion 2 Ectopic LCB 27 Ys

♀ 5 ♂ 3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 64 Kg BMI Kg/m² Bp 140/90 mm Hg
well - confident - Nice Patient

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Normal vulva - vagina - healthy
Cx - large cyst - cell - No redness
Bimanual Exam. mild uterine descent - no abnormal discharge
Rectal Exam.

Investigation Requested:

- TVS 2- Small uterus then endometrium, BCL ovaries N/A visualized - No FFCDs
- more genes → Nil

Diagnosis: cystocele & No urinary symptoms

Plan of Management: Reassured & advised to avoid heavy lifting & to avoid early sex UTE

Next Appointment:



Date 25 / 7 / 2011

New Patient Registration Form

Full Name يوسف علي محمد الكامي الإسم الكامل

Date of Birth 1987 / 1 / 1 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 9077 24 1707 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 99999999 رقم الجوال

Emergency Contact Person الأخت أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 9077 24 1707 رقم هاتف

Address: Building No. ☐ Zone No. ☐ Street No. ☐ العنوان:

رقم البناية ☐ رقم المنطقة 1000 رقم الشارع 91 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 التوقيع

File Number 039264

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.

اسم المريض / المريضة: نوره علي الكاوي

التاريخ: ٢٠٢٢ / ٥ / ٢٥

ملف رقم: 039264

التوقيع: نوره علي الكاوي



Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:
Patient ID: NOORA09854

0789
Multistix® 10 SG
Test date 07-25-2024
Time 8:45PM
Operator NOORA
Test number 2540
Color Other
Clarity

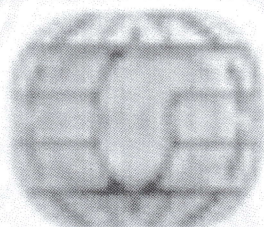
Slightly Cloudy

GLU Negative
BIL Negative
KET Negative
SG 1.010

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 25663401606

الرقم

D.O.B. 01/05/1956

تاريخ الميلاد

Nationality:

QATARI

/

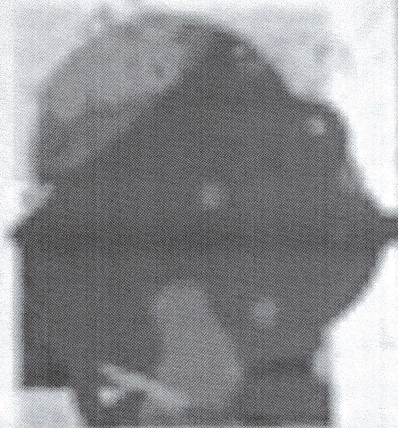
قطرية

الجنسية

Date of expiry:

18/10/2026

الصلاحية



الاسم: نورة علي معجب الهاجري

NOORA ALI M AL-HAJRI