



File No.: 039279

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039279

Name: NOORA MOHAMMED ALHAJR

QID No: 28663401453

Sex: Female

Mob: 66555671

ADDRESS : ALSILYA

Age: 37 yrs

Marital Status: 7 yrs

band's Name: Mohammed Saeed Almadheed

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

N.V.D. 3/7/24 ♂ 3.5 kg. Uneventful
smooth delivery. came to check her
Episiotomy as routine. NA lactating

Medical History:

medically Free

P.H. —

F.H. —

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Regular every 26 day — 7 days

Menstrual Symptoms:

NA signs

Menopause:

Parity:

P 3

Abortion 1

Ectopic

LCB

3-7-24

♀

2

♂

1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm

Wt. 70-9

Kg BMI

Kg/m² Bp

120/70 mm Hg

well - cooperative - NA pale

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD - uterus well involution

Breasts:

NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Normal vulva - tidy well healed
Episiotomy - minimal Lochia rubra

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

well healed Episiotomy

Plan of Management:

Reassurance + Hygiene advice

Next Appointment:

Date 28 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name محمد الهاجري الإسم الكامل

Date of Birth 15-3-1986 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation معلم المهنة

I.D Number 28663401453 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66 555671 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوجي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55594443 رقم هاتف

Address: Building No. 98 Zone No. 55 Street No. 277
العنوان: رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع

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 039279

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 إجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

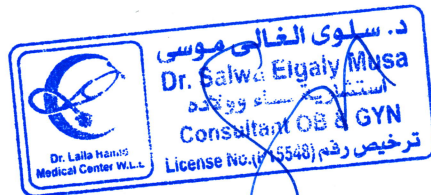
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: نوره محمد الهاجر

التاريخ:

ملف رقم: 039279

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 28663401453

تاريخ الميلاد: D.O.B. 15/03/1986

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 21/11/2030



الإسم: نوره محمد عبدالله المظفرى الهاجرى

Name: NOORA MOHAMMED A M AL-HAJRI

منطقة 56 - شارع 186 - مبنى 102

العنوان:

Serial No: 43548114011E2A8e

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

