



File No.: 039506

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039506
Name: NOORA SOUD ABDULAZIZ
QID No: 28263402552 Sex: Female
Mob : 66892438 ADDRESS: MAEZER



Age: 42 yrs

Marital Status: 23 yrs

band's Name: Mansour Ali Ibrahim

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

• vulval itching + white discharge
Vaginal discharge (1 wk)
• Not on contraception

Medical History: HTN on Hb P.H. NA smears F.H. NA smears

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y-S L.N.M.P 13-8-24
Menstrual Habits: Regular every month - 7 days
Menstrual Symptoms: NA smears Menopause:
Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic LCB

♀ 1 ♂ 3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 79 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
well - coexisting

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: -

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ExF. (red) vulval skin - chafed
creamy vaginal discharge HVS
Bimanual Exam. taken - healthy cervix
Rectal Exam.

Investigation Requested:

HVS

Diagnosis: ? Bacterial vulvovaginitis

Plan of Management: Salicylic ointment + Topical corticosteroids

Next Appointment: 1 Dr



Date 1/9/20

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناء 55 رقم المنطقة 393 رقم الشارع 509 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 039506

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 مسعود اللويح

التاريخ: ٢٠١٤/٩/١

ملف رقم: 039506

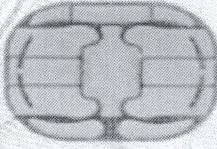
التوقيع: مسعود



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28263402552 الرقم:

D.O.B 07/01/1982 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 21/08/2029 الصلاحية:



الاسم: نوره سعود عبدالعزيز سعد الموينع

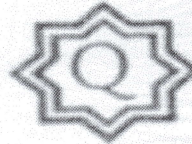
Name: NOORA SOUD A S AL-MOWAINEA

العنوان: منطقة 55 - شارع 393 - مبنى 10

Serial No: 43479E063D2B2482 الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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

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



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

Date: 01 SEP 2024 التاريخ:

Patient's name: NOORA Soud اسم المريض:

File No.: 039506 رقم الملف:

Age: 42 yrs العمر: Vaginitis

Rx

- Dalacin ovules (3)
تحبة دالاسين ٣
- متكاينة

- Kenazole cream (1)
كريم كينازول ١
- قارصا يوميا ليلتا مرة (مربع)

- Hysil cream
كريم هيسيل
- قارصا يوميا صباحا مرة
- متكاينة

Doctor's signature:

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