



File No.: 039650

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039650
Name: NOORA FAHAD ALANZI
QID No: 28263401892 Sex: Female
Mob: 55008336 ADDRESS: ALKHISA



Age: 41 y.o.
Marital Status: 13 yrs.
Name: Meshaal Salem Alshamarni
Residence Phone:

SYMPTOMS:

for postrepair repair for sexual satisfaction
uses coc. till now
completed her family for herself.

Medical History: Non

P.H. Gastric ulcers F.H.

2021 post repair
2015

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12

L.N.M.P

10-9-24

Menstrual Habits: monthly usually

5-7 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 5

Abortion 0

Ectopic

LCB 4 yrs

♀

3

♂

2

EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 67.1 Kg BMI 20.2 Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Skin, cap, anxious

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: laparoscopy

Breasts: atrophic & lax.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Larger labia minora left, flat labia majora

Bimanual Exam. Both, Rt labia majora swelling 12x2x cm

Rectal Exam. ? up ? lipoma - (say was before filler of labia)

Investigation Requested: moderate rectocoele, short red perineum

Diagnosis: for 1 Post repair - complete & not tight.

2 fat labial filler

Plan of Management: 3 - Lt labial filler

Next Appointment:



Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name الإسم 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 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 ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 029650

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 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: دُورَة حُجْر العُزْرِي

التاريخ: 24 - 9 - 2024

ملف رقم: 039650

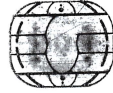
التوقيع:

د/ لیلی حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم PB32

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28263401892

الرقم:

D.O.B. 26/12/1982

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 19/01/2032

الصلاحية:



الاسم: نوره فهد جحل حمدان العنزي

Name: NOORA FAHAD J H AL-ENAZI

منطقة 70 - شارع 560 - مبنى 14

العنوان:

Serial No:

4357A3023631247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

