

: Last baby = left hand had no fingers.
& hydrocele - left Kidney hypertrophy



(Uls Dr. Leila
039654)

File No.: 039657

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039657
Name: NOORA SAUD MUBARAK
QID No: 28768200210 Sex: Female
Mob: 66956622 ADDRESS: AIN KHALID

Age: 36 y.o.
Marital Status: 18 yrs.
Name: Badi Mahmar Aldosari
Residence Phone:

SYMPTOMS:

- delivered 2 months ago, not lactating, use genera Contraception.
c/o: lower abdominal pain 12 wks (mainly left side)
want to do posterior repair, plan to get pregnancy in Ramadan
IVF (twin??)

Medical History: GD

P.H. Nonapart of 3 c/s F.H. Non
mandibular operation

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 yrs.

L.N.M.P

18. 09. 21

Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 6 days.

Menstrual Symptoms: mild pain

Menopause:

Parity: P VI Abortion II

Ectopic

LCB 14-7-2024

♀

I

♂

I

EXAMINATION

General Examination: Ht. 149 cm Wt. 74.9 Kg BMI Kg/m² Bp 130/80 mm Hg

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, ugly scars of C/s & 3 scars.

Breasts: Not done.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. AVF ut & Post wall echogenic mass 3.5x4x5

Bimanual Exam. ovaries Rt & NIS N ech

Rectal Exam.

Investigation Requested:

rectocele - wide int recto - short perine
multi moderate cysts

Diagnosis:

Gynae check up, Rectocele, Post ut wall mass.

Plan of Management:

for post repair

for MRI

Next Appointment:

will call

Dr. Leila H. Medical Center Date of Exam: 25.09.2024 Page: 1 / 12

Name: MOPARAK, NOORA SUAOD DOB:
 Pat. ID: Sex: Female
 Ref. Phys.:
 Sonograp.:

Indication:
 LMP: 18.09.2024 Day of Cycle: 8
 Day of stim.: Expected Ovul.:
 Gravida: AB: 2
 Para: 6 Ectopic:

Doppler Measurements	Value	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Meth.
Right Uterine								
PS	16.90 cm/s	1.41	16.90					max
ED	0.00 cm/s		0.00					max
RI	1.00		1.00					avg

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 039657

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 سهو صبارك

التاريخ: 25/9/2024

ملف رقم: 039657

التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P432

دولة قطر



D.O.B. 01/03/1987 ریح المیلاد:

حل الميلاد: السعوية

Nationality: **QATAR** / جنسية: **قطريه**

Date of expiry: **16/09/2025** صلاحية:

الإسم: نوره سعود مبارك هقشه

Name: **NORAH SAUD M HAQSHAH**

تاریخ الاصدار :

قصيدة الدم:

الوقت المسمى

HC Exp: 01/10/2026

NORAH SAUD MUBARAK HAQSHAH

ality: Qatari

Gen

