



File No.: 039658

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039658
Name: NOORA SAAD ALHAJRI
QID No: 26263401919 Sex: Female
Mob: 70001807 ADDRESS: BANI HAJER

Age: 62 yrs
Marital Status: 35 yrs
Name: Hamad Saad Alhajri
Residence Phone:

SYMPTOMS:

Vulval itching for 2 years on & off
No abn. vaginal discharge occasional itching

Medical History: Diabetic on Glucophage P.H. Hysterectomy F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: L.N.M.P.
Menstrual Habits:
Menstrual Symptoms: Menopause:
Parity: P 3 Abortion 2 Ectopic LCB 25yr

♀ 2 ♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 84.6 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
obese, coop, normal g lock, looks her age

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: fatty RBS 169 mg
g-4 mmol

Breasts: normal bilaterally

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. swollen clitoris & labia minora, intact vagina

Bimanual Exam. bluish skin, red vaginal mucosa, & white

Rectal Exam. thin discharge G.U. + estrogen cream

Investigation Requested:

Diagnosis: Severe Vulvitis + mild monilial vaginitis

Plan of Management: 10 days

Next Appointment:



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

New Patient Registration Form

Full Name نور محمد العاصي الاسم الكامل

Date of Birth 1/1/1962 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation رب منزل المهنة

I.D Number 26263401919 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 7 5551807 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 / أقارب

☐ 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 نور التوقيع

File Number 039658

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: سورة سعد الحامدي

التاريخ: 24-9-25

ملف رقم: 039658

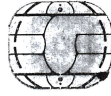
التوقيع: ل. ح.

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 26263401919

الرقم:

D.O.B. 01/01/1962

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 25/06/2032

الصلاحية:



الإسم: نوره سعد محمد الهاجري

Name: NOORA SAAD M AL-HAJRI

منطقة 71 - شارع 650 - مبنى 56

العنوان:

4351E1031931247E

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

