



File No.: 039790

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039790
 Name: NOORA AHMED ALMALIKI
 QID No: 29163404142 Sex: Female
 Mob: 50444944 ADDRESS: ALDAFNA

Age: 32 yrs

Marital Status: 4 yrs

Husband's Name: Hassan Ali Alhamadi

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

clong labiae minora, She want to do labial trimming,
 not lactating, not use contraception & Natural barrier
 allergic to scopolamine & antispasmodic

Medical History: Non

P.H. history of RTA F.H. Non

2010
 Multiple fracture upper limb
 Pelvic dislocation

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 years

L.N.M.P

Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 7 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 2 Abortion 4

Ectopic

LCB 20-8-24

**EXAMINATION**General Examination: Ht. 167 cm Wt. 72.2 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

normal female look, normal built, coop

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: normal, fatty, scar of CS

Breasts: Not done

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. long dark labia minora, flat labia majora

Bimanual Exam. clitoral folds, perineal fold, white discharge

Rectal Exam. drch.

Investigation Requested:

Diagnosis: long labia minora for labial trimming
 ± labial fat filling

Plan of Management:

Next Appointment:

Date 14 / 10 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Nora Ahmad AlMalki الاسم الكامل

Date of Birth 17 - 10 - 1991 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Mo of Justice المهنة

I.D Number 29163404142 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50444944 رقم الجوال

Emergency Contact Person Mother أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 95756303 رقم هاتف

Address: Building No. 3 Zone No. 67 Street No. 836 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 [Signature] التوقيع

File Number 039790

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: نورة أحمد

التاريخ: 14-10-24

ملف رقم: 039790

التوقيع: [Signature]

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

[Signature]

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29163404142

تاريخ الميلاد: D.O.B. 17/10/1991

الجنسية: QATAR / قطريه

Date of expiry: 01/03/2030 الصلاحية:



الإسم: نوره احمد محمد احمد المالكي

Name: NOORA AHMAD M A AL-MALKI

منطقة 90 - شارع 954 - مبنى 31

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

