

PPROM at 31 wk ,
1-7kg



File No.: 039796

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039796
Name: NOORA SOUD ALSHAMMARY
QID No: 30563400339 Sex: Female
Mob: 30040494 ADDRESS: UM SILAL

Age: 19 yrs

Marital Status: 1 yr 3 months

band's Name: Abdulaziz Alshammari

Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

(PPROM)
delivered 25 days ago, preterm 31 wk, now in the NICU on breast feed
by nasal tube. she want to check her episiotomy site.
Counsel her to use contraception, she will take progesterone only pill.
counsel

Medical History: Non P.H. Non F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 years- L.N.M.P

Menstrual Habits: regular, monthly - lasting 6 days-

Menstrual Symptoms: Menopause:

Parity: P Abortion 0 Ectopic LCB 21-9-24

♀

♂

NUDs, a-w ⇒ preterm 31 wk. PP

EXAMINATION

General Examination: Ht. 152 cm Wt. 41.5 Kg BMI Kg/m² Bp 90/70 mm Hg

slim, young non coop.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Normal

Breasts: not done.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. nice small repair, stitches removed

Bimanual Exam. Clean vagina & perineum, Hig-Sil Cream

Rectal Exam.

Investigation Requested:

not indicated

Diagnosis: Postnatal check up, for episiotomy

Plan of Management: Coc suggested Yasmin

Next Appointment:

Date 15/10/24

New Patient Registration Form

Full Name نوره سعود خليف الشمري الاسم الكامل

Date of Birth 2005/8/18 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation لا يوجد المهنة

I.D Number 30588200339 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 30040494 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 نوره التوقيع

File Number

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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.

د. ليلي

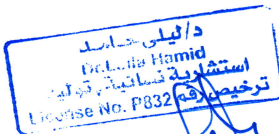
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: **نور سمور**

التاريخ: **١٠ / ١٠ / ٢٠٢٤**

ملف رقم: **039796**

التوقيع: **نور**



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30568200339

الرقم:

D.O.B. 18/08/2005

تاريخ الميلاد:

Nationality:

SAUDI

/

سعودية

الجنسية:

Date of expiry:

23/07/2028

الصلاحية:



الاسم: نوره سعود خليف الاسلامي الشمري

Name: NORAH SAUD K A ALSHAMMARI

منطقة 71 - شارع 795 - مبنى 37

العنوان:

113316075631A127

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

