



File No.: 039822

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039822
Name: NOORA MANSOOR ALQAHTANI
QID No: 26663401699 Sex: Female
Mob: 55200008 ADDRESS: ALRAYAN

Age: 56 yrs
Marital Status: 43 yrs.
Name: Saeed Mohammed Al Hajri
Residence Phone:

SYMPTOMS:

Rt inguinal swelling, 2 wks.
not painful.
* on June she developed post menpau. bleeding
for 5 days.

Medical History: hypothyroid on 150mg P.H. - Cx Carculage FH. DM a
thyroxine d. - g. sleeve + bypass. HTN.
- cholecystectomy.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity: P 6 Abortion 0

Menopause: 2 yrs.

Ectopic LCB 26 yrs

♀ 2 ♂ 4

EXAMINATION

All NVD

General Examination: Ht. 151.5 cm Wt. 80.2 Kg BMI 34.5 Kg/m² Bp 130/80 mm Hg

Chest, C.V.S. NAD

obese, cooperative, looks her age.
Redundant body skin

Abdomen: Soft

Breasts: well developed. no galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. inguinal hernia Rt reducible, size about 4-5 cm.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Δ Rt inguinal hernia - uncomplicated

Plan of Management:

Pt reassured. referred

Next Appointment:



MEDICAL REFERRAL LETTER

GYNE AND GENERAL PATIENT'S

To Doctor : Surgical OPD / Wakra hospital

From : DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

Patient's Name: Noora Mansoor

Age: 56 yrs Nationality: Q

Is P 6 Abortion 0 Ectopic 0

clot Rt painless

inguinal swelling / wks

☐ LOW RISK

☒ HIGH RISK

☐ INF

☐ OTHERS history of Cervical Cerclage, gastric sleeve + bypass, cholecystectomy.

exam. showed

reversible Rt

inguinal hernia

Referred To:

☒ For Booking to OPD

☐ ER

- Referred for your kind
came for further
assess. & manage.

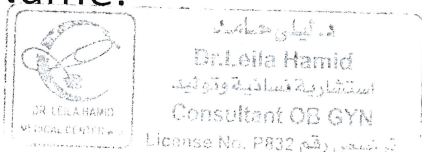
→ Rt inguinal
hernia.

- Hypothyroid on 150mg
thyroxin id.

Referred By:

Doctor's Name:

Date:



7202 130 02



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL

مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م

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. 79 Zone No. 53 Street No. 990 العنوان:

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع العنوان:

How did you hear about our Center

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☐ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

☒ 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

☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039 822



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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: لور حصور عبيد لعلها

التاريخ: ٢٠٠٤ / ١٠ / ٢٠

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

039822

ملف رقم:

التوقيع: لور حصور عبيد لعلها

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 26663401699

الرقم:

D.O.B. 24/02/1966

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

06/09/2031

الصلاحية:



الإسم: نوره منصور عجب القحطاني

Name: NOORA MANSOUR A A AL-QAHTANI

منطقة 53 - شارع 990 - مبنى 79

العنوان:

Serial No:

4354A3110824247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

