



File No.: 038965

Nationality: U.A.E

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038965
Name: NOUF ABDALLA ALSAYEGH
QID No: 29078400059 Sex: Female
Mob: 66302333 Address: ALRAYAN

Age: 34 yrs

Marital Status: 11 yrs

band's Name: Ahmed Mohammed Al Abdulla

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

for loop insert, used depo provera
this period spotting only last 1 week 3/12/24
4/13/24

Medical History: G.D.D.

P.H. 4 C/S's

F.H. Father diabetic

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

19.05.2024 Spotting only

Menstrual Habits:

monthly usually for 6 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

4

Abortion

0

Ectopic

LCB

2 yrs.

♀

2

♂

2

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 86.9 Kg BMI Kg/m² Bp 100/70 mm Hg

Normal ♀ look, not pale, overweight

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: fatty, no scars of C/S

Breasts: not examined look Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ut: AVF

ca.: of Nullit

Bimanual Exam. Vagina: Normal

Hysteroscopy: 8cm

Rectal Exam. Insertion: Smooth

Thread: 3mm

Investigation Requested:

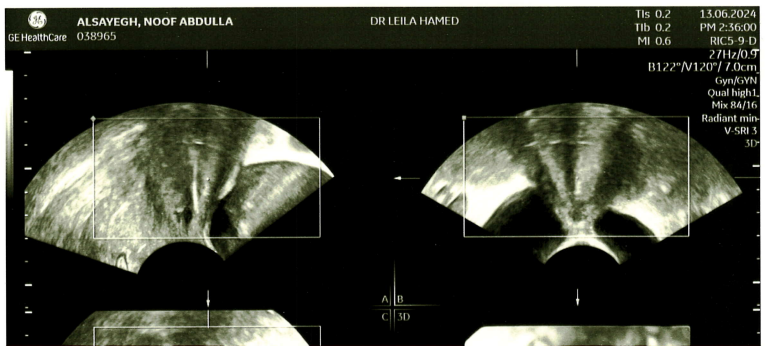
AVF = e evident scar of C/S
Loop in situ

Diagnosis: Loop insert, CuT 380

Plan of Management:

5 Wks might travel to Emirates

Next Appointment:





Date 2 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name نورة عبد الوهاب الصايغ الإسم الكامل

Date of Birth 10/03/1990 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66302333 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج 55550238 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 5 Zone No. 53 Street No. 445 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 ؟ نورة

☒ 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 نورة التوقيع

File Number 038965



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: نوف عبدالله الصايغ

التاريخ: 2/6/24

ملف رقم: 038965

التوقيع: نوف

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

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29078400059

الرقم:

D.O.B. 10/03/1990

تاريخ الميلاد:

Nationality:

U.A.E.

/

اماراتية

الجنسية:

Date of expiry:

12/02/2024

الصلاحية:



الإسم: نواف عبدالله أحمد يوسف الصايغ

Name: NOUF ABDALLA A Y ALSAYEGH

منطقة 53 - شارع 445 - مبنى 5

العنوان:

Serial No:

453839133115247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

