



File No.: 039376

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039376

Name: RANIA MOHAMED ALSHAZALI

QID No: 28773601512

Sex: Female

Mob: 66616455

ADDRESS: BARWA CITY



Age: 37y/o

Marital Status: 13y/o

's Name: Watid Abdelmonem Abdella

hone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- came consulting for assessment
for her vagina wider N/A, colour of
private area and All method of vaginal tightening

Medical History:

Medically Free

P.H.

Abdomino Plasty
(north back)

F.H.

N/A

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

3/8/24

Menstrual Habits:

Regular every month - 6-7 days

Menstrual Symptoms:

Heavy

Menopause:

Parity:

P

6

Abortion

0

Ectopic

LCB

♀

4

♂

2

1 set of twin - BTL

EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm

well

Wt.

71.9

Kg

BMI

Kg/m²

Bp

110/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD - Abdomino Plasty Scar

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

- Labial Fatt Filling
- small skin tag bridging
& connecting labia minora

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Came For surgical excision of FGM

Plan of Management:

surgical excision - declined after analgesia
applied - counselled on laser & whitening
creams.

Next Appointment:

Date 13 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم 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. 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 التوقيع

File Number 039376



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.

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

اسم المريض / المريضة: سلي

التاريخ: 13/8/2022

ملف رقم: 039376

التوقيع: [Signature]



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28773601512 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/01/1987 تاريخ الميلاد:
Expiry: 27/09/2025 الصلاحية:
Nationality: SUDAN الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: رانيا محمد الشاذلي خليل

Name: RANIA MOHAMED ELSHAZALI KHALIL

Passport Number: P11721444
Passport Expiry: 20/03/2034
Serial No: 30728773601512
Residency Type: عقلية
Employer: الوليد عبد المنعم فضل الله
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممثل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

