



File No.: 039759

Nationality: JEM

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039759
Name: REEM ZUHEER ALWI ALAFIFI
QID No: 31188600502 Sex: Female
Mob: 33102001 ADDRESS : BARWA

Age: 13 yrs
Child

Marital Status:

Spouse's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

vulval itching / 10 d.
vag. discharge
- no urinary symptoms.
- brought by her mother.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. DM & HTN (m).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 — 12 yrs L.N.M.P. 27-a-24 D
Menstrual Habits: regular - last for 7 days, every month
Menstrual Symptoms: Non- Menopause:
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 150 cm Wt. 53.5 Kg BMI Kg/m² Bp mm Hg
non-cooperative. not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAO

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION: exam. done in presence of her mother.
Speculum Exam. ↓ hygiene. hairy vulva & redness.
Bimanual Exam. & scratching marks. whitish discharge
Rectal Exam. seen outside. No Speculum (single).

Investigation Requested:

Non

Diagnosis:

A vulvo vaginitis

Plan of Management:

A reassured, & given

Next Appointment:



Date 9 / 10 / 2019

New Patient Registration Form

Full Name ريم زهير علي الإسم الكامل

Date of Birth 26 / 12 / 2011 تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality سورية الجنسية

Occupation طالب المهنة

I.D Number 31188000502 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33102001 رقم الجوال

Emergency Contact Person الأم أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33102001 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

(Mother)

File Number 039759

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: ريم زهير علوي

التاريخ: 9/10/2024

ملف رقم: 039759

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 31188600502 الرقم الشخصي:
D.O.B: 26/12/2011 تاريخ الميلاد:
Expiry: 23/01/2026 الصلاحية:
الجنسية:
Nationality: YEMEN
Occupation: طفلة المهنة:



الاسم: ريم زهير علوى ناصر العفيفي

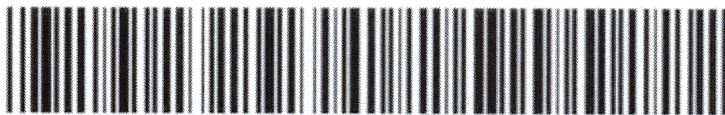
Name: RIM ZUHAIR ALWI NASSER ALAFIFI

Passport Number: 08195136
Passport Expiry: 25/06/2024
Serial No: 30331188600502
Residency Type: عائلية
Employer: زهير علوى ناصر احمد العفيفي

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

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



Passport Number: 13393669
Passport Expiry: 28/02/2030
Serial No: 1133100220404127
Residency Type: عائلية
Host: زهير علوى ناصر احمد العفيفي
مدير عام الجنسية والمناخ وشؤون الوافدين
General Director of Nationality,
Borders & Expatriates Affairs

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's Signature



State of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28388600437 الرقم:
D.O.B: 23/04/1983 تاريخ الميلاد:
Expiry: 19/08/2027 الصلاحية:
الجنسية:
Nationality: YEMEN
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: فاتن هادي عبدالرب حيدر

Name: FATEN HAIDARAH