



File No.: 039498

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039498
Name: REFFA ABDALA ALHAJRI
QID No: 24363400687 Sex: Female
Mob: 70548359 ADDRESS: BANI HAJER



Age: 81 yrs

Marital Status: widow

s Name:

ione:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Feeling heaviness in the vagina, pricking pelvic pain
for 1 year, poor control of urine passage, nocturia
& urgency

Medical History: hypothyroid on thyroxine 125mcg P.H. Cataract operation. FH. DM & HTN
HTN Cardiac disease. (M & F)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 9 years -

L.N.M.P

Menstrual Habits: was regular, monthly -

Menstrual Symptoms: mild pain.

Menopause: 25 yrs.

Parity: P 9 Abortion 0

Ectopic LCB 34 years -

♀

5

♂

4

EXAMINATION

General Examination: Ht. 149.5 cm Wt. 89.2 Kg BMI 39.2 Kg/m² Bp 130/90 mm Hg

looks her age, oriented Sup. walks supported palpable single
Chest, C.V.S. NAD gain LN.

Abdomen: obese, soft. suprapubic tenderness.

Breasts: well formed. no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex of multi-sterilized os, moderate cystitis

Bimanual Exam. Reducible, pale vagina & smooth surface.

Rectal Exam.

Investigation Requested: small AUF-ut & calcified margins
ovaries could not be seen. by either TAA or TV
Uls. no pelvic masses. < no FFCDs

Diagnosis: Gynae check up., Reassured

Plan of Management:

Next Appointment:

U/G - NK -

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

REFFA

Patient ID:

039498

Multistix® 10 SG

Test date 09-01-2024

Time 12:38PM

Operator ESRA

Test number 2742

Color Light yellow

Clarity

Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative



Date 1/9/2024

New Patient Registration Form

Full Name رقية عبدالله محمد عبد الحامد الإسم الكامل

Date of Birth 11/11/1983 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 24363400687 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 01061309 / 01007000 رقم الجوال

Emergency Contact Person ابنتها أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 24 رقم المنطقة 51 رقم الشارع 1131 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 039498



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.

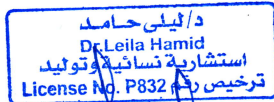
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: مختصة عبد الله حرزوي الهاجري

التاريخ: ٢٠١٩ / ٠٤ / ٢٢

ملف رقم: 039498

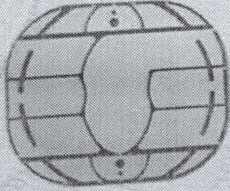
التوقيع: حرزوي الهاجري



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 24363400687

الرقم:

D.O.B. 01/01/1943 تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

04/05/2030

الصلاحية:



الإسم: رفعة عبدالله مرزوق الهاجري

Name: REFAH ABDULLA M AL-HAJRI

منطقة 51 - شارع 1131 - مبنى 24

العنوان:

Serial No:

636459103418247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

