



File No.: 039707

Nationality: Egypt

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039707
 Name: REHAM ALSAYED ABDALSATAR
 QID No: 29481803557 Sex: Female
 Mob: 31578280 ADDRESS: ALGARAF

Age: 29 yrs

Marital Status: 7 yrs

Name: Mohamed Abdulmoneim Shazali

Residence Phone:

SYMPTOMS:

want to remove the loop, inserted one year ago, b/c of prolonged and heavy from july received deflon and improved - she want to use cacs.

Medical History: calculus cholecystitis P.H. Non apart of 2 c/s F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 years L.N.M.P 23-9-24

Menstrual Habits: regular

Menstrual Symptoms: regular, monthly, lasting 4 days Menopause:

Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 2022

**EXAMINATION**General Examination: Ht. 156 cm Wt. 98 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

over wt, coop.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex of nulli thread not seen, under Uls

Bimanual Exam. loop removed - difficulty but done

Rectal Exam.

Investigation Requested:

TA 7 TV A/E - ut of regular contour - loop low in ut (but no thread seen) ovaries no met follicle seen

Diagnosis: Cu T removed

Plan of Management: open COC today contraceptive vag pessaries

Next Appointment:

Date 2 / 10 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name ريهام السيد عبد السلام الاسم الكامل

Date of Birth 1998 - 10 - 01 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة في كلية الطب المهنة

I.D Number 29481803557 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 31578280 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية 51 رقم المنطقة 572 رقم الشارع الزاوية 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 ريهام السيد عبد السلام التوقيع

File Number 039707

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 إجراء 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: رياح السجادة

التاريخ: ٢٠٢٤ - ١٠ - ٢٩

ملف رقم: 039707

التوقيع: رياح السجادة

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29481803557 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 21/12/1994 تاريخ الميلاد:
Expiry: 24/07/2027 الصلاحية:
مصرية الجنسية:
Nationality: EGYPT
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: ريهام السيد عبدالستار حماد

Name: REHAM ELSAYED ABDELSATAR HAMMAD

Passport Number: A27469029 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 04/11/2027 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30129481803557 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: محمد عبدالمنعم عبدالحميد الشافعي المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

ريهام السيد عبدالستار حماد

