



File No.: 039451

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039451

Name: RETAJ SALEM SAEED ALMARR

QID No: 30563404416

Sex: Female

Mob: 55787288

ADDRESS : ALMERADH



Age: 18 yrs

Marital Status: Single

band's Name:

File Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

week Rt iliac fossa pain
Saw Today in HC infirmary
To be seen by Gynaecologist + Referral
came for tell on thyroxin 25mg P.H. — F.H. —

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13yo

Menstrual Habits: Regular on thyroxin

Menstrual Symptoms: L.N.M.P. 9/8/24

Parity: P

Abortion

Ectopic

Menopause: 5-6 days

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm

Wt. 72.2 Kg BMI

Kg/m² Bp 100/70 mm Hg

Chest, C.V.S. Looks in pain

Abdomen: / N.A.D.

Fo. 3.5 + Rebound Tenderness at Right iliac

Breasts: Tender

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

Abd US Appx 17mm w/ fluid
N.A.D. both ovaries only leading
Rt iliac 17mm w/ fluid
2. Appendicitis Referral to WH
already Referral from

Date 25/8/24

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 039451

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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.

ج.ص

اسم المريض / المريضة:

٢٠١٨ / ١٨ / ٢٥

التاريخ:

039451

ملف رقم:

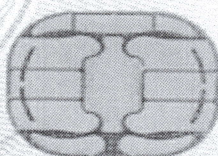
التوقيع :



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 30563404416

تاريخ الميلاد: D.O.B 11/09/2005

الجنسية: Nationality: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 14/02/2026



الإسم: رتاج سالم سعيد العذبه المري

Name: RATAJ SALEM S A AL-MARRI

العنوان: منطقة 53 - شارع 1209 - مبنى 30

الرقم المسلسل: Serial No: 4354A3081108247E

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر

Authority's signature

توقيع حامل البطاقة

Holder's signature

