

3rd wife
1st → No pregn suspected also
2nd → " " " "



File No.: 039193

Nationality: PAL

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039193

Name: SALHA ASHRAF ALSAFADI

QID No: 30699900052 Sex: Female

Mob: 77388003 ADDRESS: UM SILAL



Age: 18 yrs

Marital Status: One month

band's Name: Hassan Azzami Alsafadi

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

married 21/6/24, S.P 4 times - scanty
blood - husband suspects non virginity

Medical History:

Nm

P.H. Nm

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

11+

L.N.M.P

3-7-24

Menstrual Habits:

monthly usually lasts 4 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm

Wt. 83.2

Kg BMI

Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

looks older, not an easy person

Chest, C.V.S.

Smelly under breasts.

Abdomen:

Fatty

Breasts:

well developed, full, no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

non-instructive, wide hymen not intact

Bimanual Exam.

like P

Rectal Exam.

insists no accidents childhood

Investigation Requested:

Diagnosis:

Gynae check up, wide introitus

Plan of Management:

Next Appointment:

Date 9 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name صالحه أريف حس الإسم الكامل

Date of Birth 19 / 2 / 2006 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 306 9500052 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 7738 8003 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 7738 8003 رقم الجوال

Emergency Contact Person أبي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 7738 8003 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 [Signature] التوقيع

File Number 039193



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.

امضاء

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

اسم المريض / المريضة: صالحه شرف

التاريخ: 24/7/2019

ملف رقم: 039193

التوقيع: [Signature]

د/ ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم 1832
License No. 1832

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 30699900052 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 19/02/2006 تاريخ الميلاد:
Expiry: 16/09/2026 الصلاحية:
Nationality: PALESTIN الجنسية:
Occupation: طالبه المهنة:



الاسم: صالحة اشرف حسن خليل الصفدى

Name: SALHA ASHRAF HASSAN KHALIL ELSAFDY

Passport Number: N5384070 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 28/12/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30430699900052 الرقم المسلسل:
Residency Type: عائلية نوع الرخصة:
Employer: اشرف حسن خليل محمد الصفدى المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

