



File No.: 039752

Nationality: KWT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039752
Name: SARA NAWAF ALKHALIDI
QID No: 29441400068 Sex: Female
Mob: 50005703 ADDRESS: MUITHER

Age: 30 y.o

Marital Status: 1st Apr 23

me: Hamad Ali Almarri

Residence Phone:

SYMPTOMS:

for postnatal check up, for episiotomy site, Does not lactate

Medical History: hypothyroid on 150ugm P.H. Non F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

+ transfused 2 units of IRion special
Menarche: 13⁺ L.N.M.P 13.09.24
Menstrual Habits: monthly usually for 5-6 days
Menstrual Symptoms: Menopause:
Parity: P I Abortion 0 Ectopic LCB 1/6/24

♀

♂

I

EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 89.3 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
over wt, coop, nice personality

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: No galactorrhea, small nipples.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ugly episiotomy scar & tunnel
Bimanual Exam. scanned episiotomy end, tunnel admits
Rectal Exam. tip of finger, hard & wet perine
Investigation Requested:

Diagnosis: Scared episiotomy for repair + Vulvarias

Plan of Management: Will do next year after child birth

Next Appointment:

open

Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name بشاره نواف الخالد الإسم الكامل

Date of Birth ١٩٩٤ / ١٠ / ١١ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation معلم المهنة

I.D Number ٢٩٤٤١٤٠٠٦٨ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) — رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٥٠٠٠٥٧٠٣ رقم الجوال

Emergency Contact Person أختي ٥١٢١٥٤٤٤ 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

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ 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

☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature 3 التوقيع

File Number ٥٣٩٧٥٢

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: سارة نواف الخالد

التاريخ: ٢٠٢٢ / ١٠ / ٩

ملف رقم: 034752

التوقيع:

د. ليلي حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832



STATE OF KUWAIT CIVIL ID CARD



Civil ID No 294100101155

ساره نواف محمود الخالدي

الرقم المسني
الاسم

Name SARAH NAWAF MAHMOUD
ALKHALDI

Nationality KWT

Sex F

Birth Date

Expiry Date

01/10/1994

08/01/2028

الجنسية كويتي

٥٧٧

تاريخ الميلاد
تاريخ الانتهاء

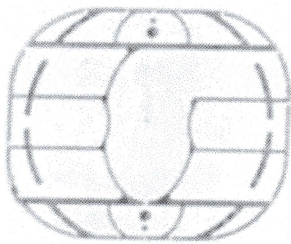
8 تاريخ الدعاء

State of Qatar

ID. Card



قطر
شخصية



ID. No: 29441400068

الرقم:

D.O.B. 01/10/1994

تاریخ المیلاد:

Nationality: KUWAIT

كوييتية

الجنسية:

Date of expiry:

04/06/2028

الصلحية:

نواف محمود عبدالرحيم الخالدي

Name: SARAH NAWAF M A ALKHALDI



فصيلة الدم: O+
القطعة: 2

الرقم المدني: 294100101155

العنف ان: غوناطه

شارع 8

الرقم:

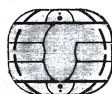
الوحدة: منزل

المدينة: 35.

الرقم الآلي للعنوان: 14958279

الدور:

التليفون: 96770088



Serial No:

2359506303

المسلسل:

IDKWTA387213598294100101155<<<
9410017F2801083KWT14958279<<<7
ALKHALDI<<SARAH<<<<<<<<<<<<<<



مستشفى العمدى
AL EMADI HOSPITAL
alemadihospital.com.qa

Notification Request for Surgery

Patient's Name:	Sara Nawaf Alkhalid
File No:	039752
QID:	29441400068
Nationality:	KWT
Age:	30
Sex:	F
D.O.B:	50005703
Tel:	

Diagnosis:

Procedure/Operation:

Date & Time of Operation:

Type of surgery: ☐ Elective ☐ Emergency, Reason

Drug Allergy: ☐ No ☐ Yes, Allergic to

Antibiotic Prophylaxis:

Additional Requirements:

Anesthesia: ☐ General ☐ Sedation ☐ Local ☐ Spinal ☐ Epidural

Expected Duration of Operation:

Expected Period of stay in Hospital:

Admission: ☐ Inpatient ☐ Day Care (<12 hours) ☐ Delivery

Doctor's Name & Signature: *Dr. Leila Bashir* Date:



M.F. 30
T: +974 44666009
F: +974 44678340
P.O. Box 50000, Doha, Qatar
alemadihospital.com.qa



Patient's Name: Sara Nawaf Alkhalifa
File No: 03972
QID: 294414000068
Nationality: Kuwait
Age: 20 Sex: F
D.O.B:

Dr. Name:

[illegible]

T : +974 446 66 009
F : +974 446 78 340
P.O. Box 50000, Doha, Qatar
alemadihospital.com.qa



Patient's Name:
 File No:
 QID:
 Nationality:
 Age: Sex:
 D.O.B:

Room No:

Dx:

Allergies:

Surgery:

Dr. Name:

[illegible][illegible]

M.F. 39

T : +974 446 66 009
F : +974 446 78 340
P.O. Box 50000, Doha, Qatar
alemadihospital.com.qa



DISCHARGE SUMMARY

Name of the Patient:	File No:			
Age/ Sex:	Nationality:			
Date of Admission:	Date of Discharge:			
ADMISSION DIAGNOSIS:				
PRESENTING COMPLAINT(S) AND REASON FOR ADMISSION:				
PHYSICAL EXAMINATION & LABORATORY FINDINGS: CBC TSH Hepatitis B screening test				
RADIOLOGY FINDINGS:				
PROCEDURES & TREATMENT PROVIDED: Perineal repair ☒ Episectomy repair ☒ Posterior vaginal wall repair ☒				
SPECIMEN / STONE :	Removed and Sent: ☐ No: ☐			
DISCHARGE DIAGNOSIS: Postoperative				
SUMMARY OF HOSPITAL STAY: Smooth				
DISCHARGE CONDITION: Fair				
DISCHARGE MEDICATION (Refer to the Medication Reconciliation at Discharge & Prescription attached)				
Discharge Medication	Dose	Route	Frequency	Duration
AZORD CAPS	300 mg	oral	12 hourly	5 days
Betadine spray powder, & wash + proctase gel			topically	twice each
Voltaren tabs	50mg	oral	2-3 times a day	PRN
Voltaren Supp	100mg	Rectal	bld	PRN
ACTIVE MEDICAL PROBLEM AT DISCHARGE:				
No: ☒ Yes: ☐ If yes, please specify:				
DISCHARGE DESTINATION: Home: ☒ Other: ☐				
FOLLOW UP: Appointment Date: 1 wk to my clinic				
DISCHARGE INSTRUCTIONS (Post Operative Home Care): Wound Care + Regular use of medications				
Advice, recommendations and future plans (including results awaited and outstanding investigations): Refrain from intercourse for 6 wks				

Physician Signature & Stamp:



د. ليلى حميد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
Consultant OB GYN
License No. P832

Date:

M.F. 45-B

T: +974 446 66 009
F: +974 446 79 340
P.O. Box 50000, Doha, Qatar
alemadihospital.com.qa



تعليمات وتحضيرات قبل عملية رفع المهبل

1/ المُليّن: ملعقة كبيرة لمدة يومين قبل العملية مع كوب ماء ثم ملعقة صغيرة لمدة أسبوع بعد العملية.

2/ المضاد الحيوي: كبسولة كل 12 ساعة لمدة 5 أيام / 7 أيام من ثاني يوم العملية.

3/ مسكن الألم: حبة/كبسولة - مرتين / ثلاث مرات يومياً وذلك حسب الحاجة.

4/ التحاميل المخففة للألم: تحميلية بالشرح مرة يومياً / مرتين يومياً وذلك حسب الحاجة.

5/ الصيام:-

يبدأ الصيام من الساعة

الحضور للمستشفى الساعة صباحاً

الحضور للمستشفى الساعة مساءً

توقيع المريض أو من ينوب عنه

صورة بالملف

صورة للمريض لتقديمها إلى مكتب التنويم