

- Second marriage
- First baby from current marriage.



File No.: 038923

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038923
Name: SARAH OBEID AL MARRI
QID No: 28763400015 Sex: Female
Mob: 33331226 Address: AIN KHALED



Age: 36 yrs

Marital Status: 1 yr

and's Name: Mishir Rashid Almarr

le Phone: 33331226

Residence Phone:

SYMPTOMS:

For Copper IUD insertion
counselled in depth For All Pros
& Cons and insertion procedure.

Medical History: medically free

P.H. - C/S Failure to P.H. DM + HTN
- cholestyrol Both parent

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 Y-S

L.N.M.P

22-5-24

Menstrual Habits:

Regular every 21 days For 8 days

Menstrual Symptoms:

N/A Suffered.

Menopause:

Parity:

P

2

Abortion

0

Ectopic

LCB 06/04/24

♀

♂

2

EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm

Wt. 107.5

Kg BMI

Kg/m² Bp

100/70

mm Hg

non coop, overweight, Normal of look

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: scar of C/S e-dark skin along C/S line

Breasts: normal looking

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ut = AVF

ca. = of multi, high

Bimanual Exam. vagina: normal

insert = smooth

Rectal Exam. Hystero: 8 cm

thread: just level

Investigation Requested:

AVF ut e-loop in situ

Diagnosis:

Loop insert in situ.

Plan of Management:

5 Wks Coneston cream

Next Appointment:



Date 27/5/2024

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 الأقراب

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 038923



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: سارة عبد كرى

27/5/2024

التاريخ:

038923

ملف رقم:

التوقيع :

State of Qatar
ID. Card

دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية

ID. No: 28763400015 الرقم:

D.O.B: 25/11/1987 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 01/07/2028 الصلاحية:

الإسم: ساره عبيد راشد البناء المري

Name: SARA OBAID R A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 626 - مبنى 20 العنوان:

Serial No: 535826170543320F الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر Authority's signature

توقيع حامل البطاقة Holder's signature

Barcode

Qatar