



File No.: 039500

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039500
Name: SARAH FALIH HADI ALHAJRI
QID No: 29463400377 Sex: Female
Mob: 66704199 ADDRESS: ALSHAHANIYA

Age: 30 yrs

Marital Status: Divorced
3 yrs back

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Cricky ^{low} abdominal pain - No
GI or urinary symptoms - No abnormal vaginal
discharge.

Medical History:

Medically Free P.H. NA Significant F.H. NA Significant

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 Y.O

L.N.M.P

23-8-24

Menstrual Habits:

Regular every month

3-6 days

Menstrual Symptoms:

NA Significant

Menopause:

Parity:

P

2

Abortion

0

Ectopic

LCB

5 Y.S

♀

1

♂

1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 165 cm

Wt. 81.4

Kg BMI

Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Well - non co-operative

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD - NO tenderness - Rebound tenderness or rigidity

Breasts:

not done

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

speculum exam - Refused
inspection minimal creamy
vaginal discharge

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Low vaginal swab taken

ET 5.57 m - Nil TVS - Nml AVF uterus
No FFCS
Diagnosis: ? vaginitis

Plan of Management:

Dalacin vaginal ovules - F/U LVS

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

SARAH

Patient ID:

039500

Multistix® 10 SG

Test date 09-01-2024

Time 3:59PM

Operator LAMIS

Test number 2746

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative

SG 1.020

Date 1 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name ساره فالح حامد الهادي الإسم الكامل

Date of Birth 11-2-1994 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة بيت المهنة

I.D Number 29463400577 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 66704199 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66704199 رقم الجوال

Emergency Contact Person أم أقرب الأقراب

Emergency Contact Number 667 559 09478 رقم هاتف

Address: Building No. 80 Zone No. 601 Street No. 19 العنوان:

رقم البناية 80 رقم المنطقة 601 رقم الشارع 19 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 639500



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 صالح الهاجري

التاريخ: ٩ / ١ / ٢٠٢٢

ملف رقم: ٥٣٩٥٥٠

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29463400377

الرقم:

D.O.B. 11/02/1994

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 27/09/2031

الصلاحية:



الإسم: ساره فالج هادي حباب الهاجري

Name: SARA FALEH H H AL-HAJRI

منطقة 80 - شارع 601 - مبنى 11

العنوان:

Serial No: 4354A30F3913247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

التاريخ: _____ Date: _____

إسم المريض: _____ Patient's name: Sarah Falih

رقم الملف: _____ File No.: 039500

العمر: _____ Age: 30 yrs / Vaginitis

Rx

Dalacin ovules (3)

٣ حبة دالاسين
ميتاليج

Doctor's signature: _____

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523