



File No.: 039700

Nationality: ①

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039700  
Name: SARAH NASSER ALMAQARIH  
QID No: 28063403042 Sex: Female  
Mob: 55990996 ADDRESS: ALMOORA

Age: 44 yrs  
Marital Status: Divorced

Spouse's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

### SYMPTOMS:

Uterine prolapse, underwent uterine fixation twice in doha clinic <sup>mesh tape</sup>  
she want to do fixation again.

Medical History: Hypertensive on treatment  
(not know the name)

P.H. - abdominoplasty twice last 2021  
F.H. DM & HTN (F)  
HTN (M)  
- uterine fixation twice (2021)  
5-9-24 2023

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years

Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 5 days -

Menstrual Symptoms:

Parity: P 4 Abortion 1

L.N.M.P

Menopause:

Ectopic

LCB 2016

♀

3 NVD, 1 C/S (last), a-w

♂

### EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm Wt. 85.1 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 110/80 mm Hg

Over wt, coop, multiple queries

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: abdominoplasty scar, C/s scar.

Breasts: not done.

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Introitus high, perineal depth line about 10 cm. ca seems empty, visible ext as  
Bimanual Exam. short ant fornix, long post fornix, ca = Nab.  
Rectal Exam. 1 cm of material expressed out  
Investigation Requested:

Diagnosis: 2nd degree ut prolapse for ut fixatn

Plan of Management: Refuses hysterectomy as did not complete her family.

Next Appointment:



Date 01/10/2014

**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 ☒ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature ..... التوقيع

File Number 039700

## 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.

د. ليلى

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

اسم المريض / المريضة: سارة قاسم

التاريخ: ٢٤ / ١٠ / ٢٠٢٤

ملف رقم: 039700

التوقيع: [Signature]

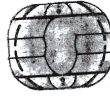
د/ليلى حامد  
Dr. Leila Hamid  
استشارية نسائية وتوليد  
ترخيص رقم P832

[Signature]

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28063403042

الرقم:

D.O.B. 07/02/1980

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

02/01/2033

الصلاحية:



الاسم: سارة ناصر راشد على المقارح

Name: SARA NASSER R A AL-MEQAREH

منطقة 55 - شارع 470 - مبنى 11

العنوان:

4353B9050B2B2489

الرقم المسلسل:

Serial No:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

