



File No.: 039825

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039825
Name: SARAH MEZKER ALSHAFI
QID No: 30663403259 Sex: Female
Mob: 50506120 ADDRESS: BANI HAJER



Age: 18 yrs

Marital Status: Single

Spouse's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

no lower abd pain
want to do it

Medical History:

Rosacea 2/12
30mg

P.H.

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12/10

L.N.M.P

5-10-24

Menstrual Habits:

Regular m on 7-8 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 76.2 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Looks well no No acne No hirsutism

Chest, C.V.S.

N.A.G

Abdomen:

Breasts:

Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Abd us uterus ET 8-7mm

Normal both ovaries NO (FC) + excretion

Diagnosis:

Cases

Plan of Management:

1-BS

Next Appointment:

7 days



Date 20/10/2016

New Patient Registration Form

Full Name Sara alshafi سارة منكر الشافي الإسم الكامل

Date of Birth 12/7/2006 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation مديرة المهنة

I.D Number 30663403259 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 5050 6120 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55899089 أقرب الأقراب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 20 Zone No. 51 Street No. 1236 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 Sara التوقيع

File Number 039825

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.

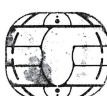
اسم المريض / المريضة: سارة منكرال شافعي
التاريخ: ١٠/١٢/٢٠٢٤

ملف رقم: 039828

التوقيع:



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



تاريخ الميلاد: D.O.B. 12/07/2006

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 13/07/2025 الصلاحية:



الإسم: ساره مذكر ناصر حمود ال شافى

Name: SARA MEDKER N H AL-SHAFI

منطقة 51 - شارع 1236 - مبنى 20

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

~~SECRET~~

سار

