



File No.: 039271

Nationality: Sud

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039271
 Name: SAYDA MOHAMED ALHAJ
 QID No: 29173602674 Sex: Female
 Mob: 39973737 ADDRESS: LOWLOA



Age: 33 yrs

Marital Status: 4 yrs

d's Name: Mustafa Abdulhamid Mohd

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

delivered 18 days ago, instrumental delivery, out come ♀ a-w,
 she was circumcised during delivery decircumcision not done and
 there was anterior tear repaired, she want to check at the repaired
 site and episiotomy, completely breast feeding. Counsel her about contraceptive
 Medical History: Asthmatic use ventolin inhaler P.H. not she will received F.H. HTN, DM
 on need - (F)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 years

L.N.M.P

Menstrual Habits: regular, lasting 5 days, every 28 days

Menstrual Symptoms: mild pain

Menopause:

Parity: P 2 Abortion 0

Ectopic

LCB 10-7-24



2

**EXAMINATION**

all instrumental delivery, vacuum (delayed 2nd stage), a-w-

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 66.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Normal ♀ look, coop.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: not done

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. subanal circumcision & cut labia minora

Bimanual Exam. small depth, perineal tear already healed

Rectal Exam. Introids fine, unequal sides

Investigation Requested:

Diagnosis: Postnatal episiotomy & circumcision check up

Plan of Management:

Next Appointment:

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

New Patient Registration Form

Full Name الإسم 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 639271

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلي 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 إجراء 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:

التاريخ: ٢٠١٧ / ٧ / ٢٠

ملف رقم: ٥٣٩٢٧١

التوقيع:

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

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29173602674 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 16/09/1991 تاريخ الميلاد:
Expiry: 20/01/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:
Nationality: SUDAN
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: سيده محمد الحاج سرالختم

Name: SAYDA MOHAMED ELHAG SIRELKHATIM

Passport Number: P08044362 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 19/05/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30429173602674 الرقم المسلسل:
Residency Type: عائلية نوع الرخصة:
Employer: مصطفى عبد الحميد محمد مصطفى أبو قسيصة المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

