



File No.: 038908

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CEN

File No: 038908

NAME: SEETA MOHAMED ZAID ALMARRI

ID NO: 26763402185 SEX: FEMALE

MOB: 33380107 ADDRESS: ALMERADH

Age: 54 y/o

Marital Status: 30 YRS

s Name: Hisham Mohammed Almarri

Address:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

vaginal dryness.

Also there is night sweating + hot flushes.
she use TOPICAL OIL as lubricant but it caused severe
itching and irritation.

Medical History:

hypertensive on tt,

P.H.

C/S only

F.H.

DM & HTN
(F&M)

- hypothyroidism on 150 mg thyroxin.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Menopause:

2 yrs

Parity:

P

9

Abortion

0

Ectopic

LCB

15 yrs

♀

4

♂

5

one C/S, all a/cw.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm

Wt. 85.1

Kg BMI

Kg/m² Bp

130/80 mm Hg

cooperative, obese, not pale

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

Soft - obese

Breasts:

not examined

PELVIC EXAMINATION:

wide introitus and vagina - reddish

Speculum Exam.

vulva & scratching marks - red vag. mucosa -

Bimanual Exam.

whitish vag. discharge - cx looks normal -

Rectal Exam.

not done

Cv put

Investigation Requested:

Non

Diagnosis:

Post

Post

Δ menopause & menopausal symptoms + vaginitis -

Plan of Management:

At neasearred - tt given

Next Appointment:

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

New Patient Registration Form

Full Name صيته هجريه 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 33380107

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 ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 038908

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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: **صية محمد زيد**

التاريخ: **25/5/2024**

ملف رقم: **038908**

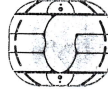
التوقيع :



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No. 26763402185 الرقم

D.O.B. 18/08/1967 تاريخ الميلاد

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية

Date of expiry: 10/03/2031 الصلاحية



الإسم: صيته محمد زيد نديله المري

Name: SEETA MOHD Z N AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 1054 - مبنى 10

العنوان:

Serial No:

645 650 1011 300430

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

