



File No.: 039797

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039797
Name: SHAIMAA ALQASHOUTTI
QID No: 29763400129 Sex: Female
Mob: 33103100 ADDRESS: MAEZER

Age: 27 yrs
Marital Status: 2 yrs
s Name: Abdulla Ali Alqashoutti
Residence Phone:

SYMPTOMS:

used IUD for contraception = 5/12
- clo v- discharge + itching → 12 days
- No smoking
- lactating incompletely

Medical History: PH. FH.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13yrs
Menstrual Habits: Regular monthly For 7 days
Menstrual Symptoms: N/A
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 26-3-24
Menopause:

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm Wt. 49.6 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Looks well O hr

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. CX → healthy + Normal + firm
Bimanual Exam. Seen No abnormal discharge
Rectal Exam. Scaly vulva & hypop

Investigation Requested:

Abduls R/F uterus looped in
Distu both ovaries NAD no ffd

Diagnosis:

Vaginitis

Plan of Management:

7 days

Next Appointment:

Date 14/10/2019

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

أشرف محمد التاجي

Date of Birth تاريخ الميلاد

13/1/1997

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

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

Qatari

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

29763400129

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

33103100

Emergency Contact Person أقرب الأقراب

أخت

Emergency Contact Number رقم هاتف

33239564

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية

65

Zone No.

رقم المنطقة

53

Street No.

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 039797



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:

التاريخ:

سجاد محمد

ملف رقم:

039797

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29763400129

الرقم:

D.O.B. 13/01/1997

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

01/02/2033

الصلاحية:



الإسم: شيماء محمد مرف على القاشوطي

Name: SHAIMA MOHAMMED M A AL-QASHOUTI

منطقة 53 - شارع 721 - مبنى 15

العنوان:

Serial No:

4353B905160D2489

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

