



File No.: 039100

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039100
Name: SHEIKHA MAJID ALDOSARI
QID No: 30263401933 Sex: Female
Mob: 50122339 ADDRESS: ALKHESSA



Age: 22 yrs
Marital Status: 10 months
Spouse's Name: Majid Nasser Alnaeimi
Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

had CLS 1/2 year for F-D.
to check threads of wound
+ for contraceptive lactated for 1 wk. only

Medical History: non P.H. non F.H. non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 L.N.M.P. Puerperal
Menstrual Habits: monthly usually lasts for 7 days
Menstrual Symptoms: Menopause:
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 25-5-24

♀ 1 ♂ 0

EXAMINATION

General Examination: Ht. 151 cm Wt. 63.7 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
Non coop young. normal wt.

Chest, C.V.S. N.A.

Abdomen: Scar of CLS +, 3 simple Dexon stitches removed
Breasts: no galactorrhoea dark areola

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.
Bimanual Exam. not done
Rectal Exam.

Investigation Requested: not indicated

Diagnosis: Post natal check up

Plan of Management:

Next Appointment:



Date 25 / 6 / 2024

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 إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039100

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 لـي.

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: سبحه الصميم

التاريخ: 25 - 6 - 2024

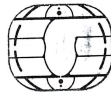
ملف رقم: 039100

التوقيع: د. ليلي حامد

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 30263401933

تاريخ الميلاد: D.O.B. 16/05/2002

الجنسية: القطرية / QATAR Nationality:

الصلاحية: 04/07/2030 Date of expiry:



الإسم: شيخة ماجد نهار ناصر النعيمي

Name: SHIAKHA MAJID N N AL-NAIMI

منطقة 53 - شارع 512 - مبنى 95

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

