



File No.: 038895

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038895

NAME: SHIKHA NOOF HAMAD ALTHANI

ID NO: 30163402573

SEX: FEMALE

MOB: 33554265 ADDRESS: MUAITHER

Age: 22 Yrs

Marital Status: SINGLE

and's Name:

Address: Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

irregular period / this month.
- she took medicines « Zinc & vitamins included Beta Carotin For hair issue after which she & her sister developed this bleeding. no P.H of similar condition.
Medical History: medically free. P.H. - gastric sleeve FH. F(DM)
2019 - lost 50 Kgs - cholecystectomy
10-5-24 D₁₂

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 Yrs L.N.M.P
Menstrual Habits: regular, last for 5 days every month.
Menstrual Symptoms: Non
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB
Menopause:



EXAMINATION

General Examination: Ht. 167 cm Wt. 73.7 Kg BMI 110/70
feature - over cut, pale, normal & look. no PCO

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, obese.

Breasts: well developed. no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not indicated « Single »

Rectal Exam.

Investigation Requested: abd-uls =
A/U normal size uterus, CT 5-0 mm
normal ovaries & small follicles. no PCO picture -
no cyst or FFCDs.

Diagnosis:

Plan of Management: irregular period for investigation
Pt reassured. advised to stop Beta Carotin. given
tt to stop bleeding & control period / 1 month.
Next Appointment: D₃ hormonal requested + CBC + S-ferritin

Date 22/05/2024

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

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 / بالاسم ☐ 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 038895



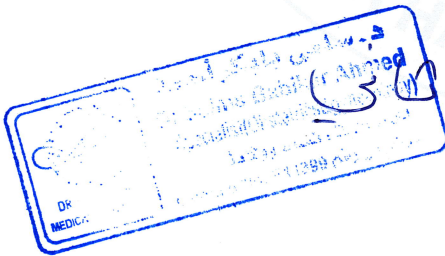
نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: نوف حمد آر

التاريخ: 22/05/2024

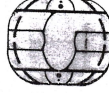
ملف رقم: 038895

التوقيع: نوف

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30163402573 الرقم:

D.O.B. 09/06/2001 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 31/05/2031 الصلاحية:



الإسم: الشبيخة نوف حمد سعود العبدالرحمن ال ثاني

Name: SHIEKHA NOOF HAMAD S A AL-THANI

منطقة 53 - شارع 718 - مبنى 26

العنوان:

Serial No:

433 016 0 06 113492

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

Signature of the Authority

Signature of the Holder

