



File No.: 039022

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039022
Name: SHOUQ ABDULAZIZ FAKHRI
QID No: 30963403017 Sex: Female
Mob: 66664973 Address: ALSAKHANA



Age: 15 yrs.

Marital Status: Single

and's Name:

e Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Vulval skin discoloration
- no abnormal discharge -
white disch.

Medical History:

medically free

P.H. ear operation F.H. F(OM)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

11 yrs.

L.N.M.P

42 days ago.

Menstrual Habits:

irregular last for 4-7 ds

Menstrual Symptoms:

ass o mild dysmenorrhea

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 165 cm

Wt. 104.2 Kg BMI

Kg/m² Bp 100/60 mm Hg

obese, strong personality not going her age, hirsutism ++

Chest, C.V.S. NA

Abdomen:

hirsutism + fatty

Breasts:

no galactorrhoea, striae albae

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

clitoral depigmentation, looks like vitiligo
(hood)
labia normal, hymen intact, white thin disch.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Genital vitiligo.

Plan of Management:

for biopsy

Next Appointment:

Date 9 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name شوقي فوزي الإسم الكامل

Date of Birth 16 / 6 / 709 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation..... المهنة

I.D Number 30963403017 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home)..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33724640 رقم الجوال

Emergency Contact Person 6664973 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 29 Zone No. 71 Street No. 16 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 039022



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: شوق فحري

التاريخ: 6 / 9

ملف رقم: 039 022

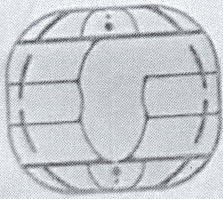
التوقيع: Leila

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



Nationality:

ID. No: 30963403017

الرقم:

D.O.B. 16/06/2009

تاريخ الميلاد:

QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry:

19/12/2026

الصلاحية:



الإسم: شوق عبدالعزيز جاسم محمد فخرى

ame: SHOUQ ABDULAZIZ J M FAKHRI

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

09 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: شوق Abdul Aziz اسم المريض:

File No.: 039022 رقم الملف:

Age: 15yr- العمر: Vulval vitiligo

Rx

Triderm Cream

دواء تريدم كريم

يوصى به

Cutivate cream 0.1%

كوتيفات كريم ٠.١٪

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523