



File No.: 639652

Nationality: PAL

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039652
Name: SUHA YASEEN HAMOODA
QID No: 28599900332 Sex: Female
Mob: 66610363 ADDRESS: ALGARAF

Age: 39 y.o.
Marital Status: Single

Name: —

ne:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

heavy and prolonged period last cycle lasting 2 months and half months contain clots, chand her pels every hour, went to HMC and gave her Carazette, she was diagnosed as Fibroid 3 years ago. urinary symptoms also she has heaviness and something in her vagina, also there is urge and stress

Medical History: hypothyroid on thyroxin 25. P.H. mandibular operation, DM x HIN (F) and 50mg in w/ end. 2024 DM (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 10 yrs.

Menstrual Habits: regular, monthly lasting 3 days. L.N.M.P. 24/7/2024

Menstrual Symptoms: No pain.

Parity: P 0 Abortion 0

Menopause:

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 84 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
obese, coop, normal female look

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: fatty

Breasts: normal, not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. No bleeding now

Rectal Exam.

Investigation Requested: A/F ut & the regular endometrium not indented - post wall fibroid 5 cm & calcification Rt ov. up + 3 mm clear fluid, L uterus

Diagnosis: Menstrual pain - Rt ov. up

Plan of Management: 1st post wall fibroid

Next Appointment: for MRI at hospital 21/10/24



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

New Patient Registration Form

Full Name سهي ياسين حود الاسم الكامل

Date of Birth ١٩٨٥/٧/١٧ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation لا توجد المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 6661-363 رقم الجوال

Emergency Contact Person الوالدة الصربية أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55546-5 رقم هاتف

Address: Building No. 51 Zone No. 593 Street No. 17 العنوان

How did you hear about our Center
☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب
☐ Others / أخرى

How do you want us to address you ?
☐ 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 [Signature] التوقيع

File Number 239652



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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 إجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

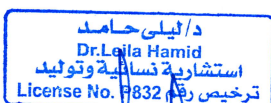
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: فهد بن ياسين حمود

التاريخ: 24-9-24

ملف رقم: 039652

التوقيع : _____



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28599900332 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 17/07/1985 تاريخ الميلاد:
Expiry: 22/01/2025 الصلاحية:

فلسطينية

Nationality: PALESTIN الجنسية:

Occupation: طالبة المهنة:

الاسم: سهى ياسين حمودة



Name: SOHA YASEEN HAMOUDA

Passport Number:

N5045866

Passport Expiry:

19/02/2025

Serial No:

31628599900332

Residency Type:

عقلية

Employer:

عبدالله ياسين حمودة

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



رقم جواز السفر:

تاريخ انتهاء الجواز:

الرقم الممسلسل:

نوع الرخصة:

المنتقدم:

