



File No.: 039339

Nationality: QAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039339
Name: WADHA JABER ALHEWAIL
QID No: 25263400834 Sex: Female
Mob: 55681967 ADDRESS: ALWEKEER



Age: 72 YRS.

Marital Status: 40y/o

id's Name: Missir Hamed Jabir Almarri

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

vulvar itching, no vaginal discharge and no bad odour.
want to do gynec check - Hysterectomy went D and C because
of heavy bleeding (3 times), last one 3 years ago.

Medical History: DM, HTN and Asthmatic
on medical treatment

P.H. abdominoplasty (2017) F.H. DM & HTN (FAM)

MENSTRUAL HISTORY:

(control)

Menarche:

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms: was regular but heavy.

Menopause: 5 years

Parity:

P

5

Abortion

2

Ectopic

LCB

25 years

♀

2

♂

3

ALL NVDs, a-w

evacuated surgically.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 146 cm Wt. 75.8 Kg BMI Kg/m² Bp 130/80 mm Hg

coop, normal ♀ look

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, fatty, abdominoplast scar & distended

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. dry vagina, edges of Ruene, red

Bimanual Exam. co & multi-healthy looking

Rectal Exam. leg crease shiny no actual disch seen
G-V.

Investigation Requested:

Not indicated

Diagnosis:

Vulvovaginitis + intertrigo

Plan of Management:

Next Appointment:

RBS: 228

12.7 mmol/dl

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: وضحة جابر الحفيل

التاريخ: 2-8-24

ملف رقم: 039339

التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم 832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 25263400834

الرقم:

D.O.B. 01/01/1952

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR /

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

27/02/2031

الصلاحية:



الإسم: وضحه جابر حويل الحويل

Name: WADHA JABER H AL-HEWAIL

منطقة 55 - شارع 832 - مبنى 64

العنوان:

Serial No:

435110126342470

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



Date 8 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الإسم 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 039339

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم : ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 18 AUG 2024 التاريخ:

Patient's name: Wadha Jahin اسم المريض:

File No.: 039339 رقم الملف:

Age: 72 العمر: Vulvitis

Rx

Dactacort cream ٢ - tubes

Travocort cream ٢ - tubes
لوسيل كورتين

Hizal cream
لوسيل كورتين

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523

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

Tel. 44817651/44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١/٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم : ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No.

Date: 7-8-2024 التاريخ:

Patient's name: Wadaha Jabex Alhawi اسم المريض:

File No.: 039339 رقم الملف:

Age: 72 العمر:

Rx

Rx Yenlip 100mg vaginal ovule

حبوب يينليپ ١٠٠مليج صابون
Cephradil ١٠٠مليج
حبوب بونلا ١٠٠مليج

Rx Bonela

Hydrocort cream
Cortisone cream
Hydrocort cream

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523