



File No.: 039401

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039401
Name: WADHA MOHAMED ALAZBA
QID No: 30463402461 Sex: Female
Mob: 52082840 ADDRESS: ALSHAHANYA



Age: 20 yrs.

Marital Status: 2 weeks.

d's Name: Babit Aewdha Al Azba

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

nausea + burning micturition
+ lower abd. pain.
- PT at home +ve. no abnormal discharge.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. Non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 Yrs L.N.M.P. 15.8.24 or 21.7.24 not sure
Menstrual Habits: regular. last for 6 days. every month
Menstrual Symptoms: ass & dysmenorrhoea Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 142 cm Wt. 44.7 Kg BMI 100/70 mm Hg
Slim, very young & healthy. not pale.

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: soft.

Breasts: well developed.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not done

Investigation Requested:

UG → Pro - 2 lev. Trace.
S. B hCG → -ve

Diagnosis:

Δ honeymoon cystitis

Plan of Management:

PT reassured & given.

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: WADHA

Patient ID: 16

Multistix® 10 SG
Test date 08-18-2024
Time 1:07PM
Operator ESRAA
Test number 2675
Color Yellow
Clarity Clear

GLU Negative
BIL Negative
KET Negative
SG ≥ 1.030
BLO Negative
pH 6.0
*PRO Trace *



Date 18 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name وحيى محمد بختيار عويضة المزي الإسم الكامل

Date of Birth 11 / 6 / 2004 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 33612339 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 039401

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 لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

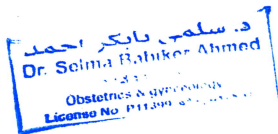
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: وسمة محمد

التاريخ: 18-8-24

ملف رقم: 039401

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30463402461

الرقم:

D.O.B. 11/06/2004

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

25/06/2032

الصلاحية:



الإسم: وضحي محمد بخيت عويضة العذبه

Name: WADHA MOHAMMED B O AL-AZBA

منطقة 53 - شارع 1358 - مبنى 14

العنوان:

4351E1031232247E

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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

Prescription وصفة طبية

No

Date:

18 AUG 2024

التاريخ:

Patient's name:

Wadhe

Mohammed

إسم المريض:

File No.:

039401

رقم الملف:

Age:

20yr

Δ Cystitis

العمر:

Rx

D. mannosae Sackets

٢ حبة في كل ٦ ساعات مع الطعام

Doctor's signature:

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