



File No.: 039776

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039776
 Name: WADHA SALEM ALMARRI
 QID No: 28763400398 Sex: Female
 Mob: 33236276 ADDRESS: MUITHER



Age: 36y/10

Marital Status: 10y/15

Name: Nasser Ali Hadid

Residence Phone:

SYMPTOMS:

c/o delayed period / 5 wks +
 - PT -ve.
 - not on contraception. there is pelvic pain +
 lower backache + burning micturition + v-discharge + itching.
 Medical History: medically free P.H. 4c/s F.H. HTN & DM(M).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs. L.N.M.P. 3/9/24
 Menstrual Habits: regular. last for 6 days every 28 days.
 Menstrual Symptoms: non. Menopause:
 Parity: P 4 Abortion 1 Ectopic LCB 2 1/2 yrs.
 AU CIS, a/w.

♀ 2 ♂ 2

EXAMINATION

General Examination: Ht. 151 cm Wt. 66-7 Kg BMI Kg/m² Bp 100/70 mm Hg
 cooperative, not pale.

Chest, C.V.S.

MAD

Abdomen:

c/s scar. Soft abd.

Breasts:

not examined.

PELVIC EXAMINATION:

normal vulva & vagina. whitish
 Speculum Exam. vag. discharge. cx looks normal.

Bimanual Exam.

Rectal Exam. / not done.

u/cn → blood trace.

Investigation Requested:

T.U.S = A/r normal size uterus, ET 8-8mm
 Small ovaries & Rt leading follicle 16.1mm &
 left leading 17.0mm. no pcv picture or cyst. no
 Diagnosis: FFCDs.

Plan of Management:

A delayed period for investigations + vaginitis +
 cystitis

Pt reassured. ut given, D₂ hormonal profile requested.

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: WADHA

Patient ID: 039776

Multistix® 10 SG
Test date 10-12-2024
Time 6:29PM
Operator LAMIS
Test number 3004
Color Yellow
Clarity Clear

GLU Negative
BIL Negative

Date 12 / 10 / 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 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) / تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 079778

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 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:

التاريخ: ١٥-٢٤-١٤

ملف رقم: ٥٣٩٧٧٦

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28763400398

الرقم:

D.O.B. 14/02/1987

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

08/06/2032

الصلاحية:



الإسم: وضحي سالم محمد بخيت المري

Name: WADHA SALEM M B AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 249 - مبنى 48

العنوان:

4353B9D30A0F2489

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

