



File No.: 039329

Nationality: SYR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039329
 Name: WAFIA MOHAMMED OQLA
 QID No: 28376003540 Sex: Female
 Mob: 66112305 ADDRESS : ALGHARAFA



Age: 41 yrs
 Marital Status: 14 yrs
 band's Name: Khalid Yassin Kaskash
 Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

want to remove the loop, b/c of long period (12 days) and some times heavy. not plan to get pregnant and not need contraceptive + for post repair, completed her family

Medical History: Non

P.H. Lt Ovarian cystectomy F.H. Non 2004

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 15 years

L.N.M.P. 30-7-24

Menstrual Habits: regular, Monthly lasting 6 days.

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 2 Abortion 0

Ectopic

LCB 10-7-2018

**EXAMINATION**General Examination: Ht. 156 cm Wt. 46.6 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Slim, sharp, coop. no lymphoid swelling

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: no galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. long labia minora, flat labia majora

Bimanual Exam. wide introitus & wide upper vagina

Rectal Exam. loop thread just level X it is still pushed up

Investigation Requested: AVE bulky ut & loop little bit low. multiple fibroids 2-4 cm intramural, R & left ovaries. no neck

Diagnosis: Loop check up + Rectal code for post repair

Plan of Management: Coc - 23/2 + Daflon tabs 8h.

Next Appointment: 15/11/2018



Date 6/8/24

New Patient Registration Form

Full Name وفار محمد عقیقہ الإسم الكامل

Date of Birth 1982/5/28 تاریخ الميلاد

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

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

Occupation موهبة المهنة

I.D Number 28376003540 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) / رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66112305 رقم الجوال

Emergency Contact Person خالد - زوجة أقرب الأقراب

Emergency Contact Number 55329281 رقم هاتف

Address: Building No. 13 Zone No. 24 Street No. 834 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 / أقارب

☒ Others / أخرى

How do you want us to address you ? كيف تفضل أن نناديك ؟

☒ By Name / بالإسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / فضلها

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

Signature التوقيع

File Number 039329



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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.

اتالة لولي

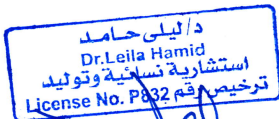
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٨ / ٦

ملف رقم: 039329

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28376003540
D.O.B.: 28/05/1983
Expiry: 03/02/2026

الرقم الشخصي:
تاريخ الميلاد:
الصلاحية:
الجنسية:



Nationality: SYRIA
Occupation: ربة منزل

المهنة:

الاسم: وفاء محمد عقلة

Name: WAFAA OKLA

Passport Number:

014558352

Passport Expiry:

03/04/2027

Serial No:

30928376003540

Residency Type:

عائلية

Employer:

خالد ياسين كشكيه

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 الممثل:

نوع الرخصة:

المستقدم:



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

التاريخ: 05 AUG 2024
Date: 05 AUG 2024
إسم المريض: Wafa Mohammed Qala
Patient's name: Wafa Mohammed Qala
رقم الملف: 039329
File No.: 039329
العمر: 41 years heavy period
Age: 41 years heavy period

Rx

Daflon tab 500mg

مع اول شهر من كل ٨ ساعات مع الدورة شهر وقوف الدم

Yaz pill

منه كل يوم بعد الغداء لمدة ٨ اشهر بكرة شهر

Doctor's signature:

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