



File No.: 039472

Nationality: ETHIOPIAN

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039472
Name: WOSILA MERGA SIRA
QID No: 27423000238 Sex: Female
Mob: 55335255 ADDRESS: BANI HAJER

Age: 50 y/o

Marital Status: Divorced

Name:

ne: 33898944

Residence Phone:

SYMPTOMS:

clot & swelling since 10 yrs
Now ↑ in size & feels at vaginal
orifice

Medical History:

on Rx of DM 5 yrs

P.H.

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

14/2 AGO

Menstrual Habits:

before Normal

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

2

Abortion

1

Ectopic

LCB

25 Yr

♀

1

♂

1

Twin

NVD

EXAMINATION

General Examination: Ht. 168 cm

Wt. 83

Kg BMI

Kg/m² Bp

110/70 mm Hg

Looks well

Chest, C.V.S.

/ NAD

Abdomen:

Breasts:

Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

CK → Normal & 2-3 polyp one small

Bimanual Exam.

other long & Reach vaginal

Rectal Exam.

orifice one from ant wall other 2: from inside uterus

Investigation Requested:

Diagnosis:

to be seen by dr. Leila for polypectomy

Plan of Management:

5 days

Next Appointment:



Date 28/8/24

New Patient Registration Form

Full Name واسيل سينا الإسم الكامل

Date of Birth 19/11/1974 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation كلمة منزلية المهنة

I.D Number 27423000238 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33898944 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 039472



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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.

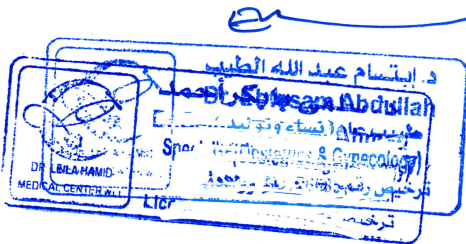
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: *Wasila SIRA*

التاريخ: *28-8-24*

ملف رقم: *039472*

التوقيع:

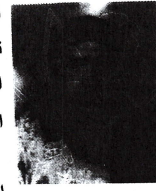


State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27423000238 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 19/11/1974 تاريخ الميلاد:
Expiry: 27/12/2024 الصلاحية:
Nationality: ETHIOPIA الجنسية:
Occupation: عاملة منزل المهنة:



الاسم: واسيلا سيرا

Name: WOSILA MERGA SIRA

Passport Number: EP5873749 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 01/09/2024 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30827423000238 الرقم الممثل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: هادي راشد محسن الشهواني الهاجري المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

WOSILA MERGA SIRA

