



File No.: 039157

Nationality: INDO

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039157
 Name: YULIANTI BT BADARUZAMAN
 QID No: 28736003799 Sex: Female
 Mob: 55666889 ADDRESS: MAEZER

Age: 31 yrs

Marital Status: Divorced

band's Name:

Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Pelvic pain + scanty period / this month.
 + urgency, + ↑ frequency & incomplete emptying.
 - no abnormal vag. discharge.

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

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs L.N.M.P. 30-6-24

Menstrual Habits: regular. last for 7 days - every month.

Menstrual Symptoms: ass 5 dys menorrhoea. Menopause:

Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 10 yrs

♀ ♂ 1 NVD, a/w. EXAMINATION

General Examination: Ht. 150 cm Wt. 64 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: tenderness suprapubic region + palpable abd. mass ~ 16 wk.

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not done.

Rectal Exam. uterus → low Trace.

Investigation Requested:

abd. u/s + T.U.S = A/K normal size uterus, ET 7-3mm
 bilateral ov-cyst -ve doppler - very big cysts 14-8 cm x
 8-7 cm & Lt 14-3 x 9 cm. + + FFCDs.

Diagnosis: Δ Bilateral big ovarian cysts → Referred.

Plan of Management: pt reassured. referred to G.R.

Next Appointment:



MEDICAL REFERRAL LETTER

GYNE AND GENERAL REFERRAL

To Doctor : WWRc "Gyn."From : DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTERPatient's Name: JULIANTI Bt BadaruzamanAge: 31 yrsNationality: INDOIs P: 1Abortion: 0Ectopic:

VD, ♂, 10 yrs old.

☒ HIGH RISK☐ INF☐ OTHERS

- Divorced.

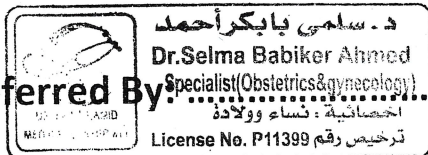
Case Summary:

no pelvic pain + scanty period + ↑ frequency / 1 month.
 abd. = rigid, tender supra pubic area + FL 16 wks → palpable
 mass. U/S showed A/x normal size uterus, ET 7-8 mm.
 bilateral Rt & left big ov-cysts 14-8 x 8-7 cm & left
 14-3 x 9-4 cm., ++FFCDS

Referred To:

☐ OPD☒ ER

- Both -ve doppl

Referred By: Dr. Selma Babiker Ahmed

Doctor's Signature & Stamp

Δ Bilateral ov-cysts "huge"

Date: 09-09-2021

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: YULINATI

Patient ID: 034157

Multistix® 10 SG

Test date 07-03-2024

Time 2:34PM

Operator LAMIS

Test number 2395

Color Yellow

Clarity Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative



Date 3 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name يوليانتي بنت بماروز مام اندا الإسم الكامل

Date of Birth 31. 7. 87 تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality انغوليسيا الجنسية

Occupation عاملة منزل المهنة

I.D Number 28736003799 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55666889 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 35 رقم المنطقة 53 رقم الشارع 721 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 039157



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: ليلى

3.7.24

التاريخ:

039157

ملف رقم:

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28736003799 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 31/07/1987 تاريخ الميلاد:
Expiry: 31/08/2023 الصلاحية:
الجنسية: اندونيسيا

Nationality: INDONESIA

Occupation: مديرة منزل المهنة:

الاسم: يوليانتى بنت بداروزمان اندا

Name: YULIANTI BT BADARUZAMAN ANDI

Passport Number: C9199360 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 17/05/2027 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30228736003799 الرقم المسلسل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: عبدالمحسن راشد محسن عبدان المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

YULIANTI

