

- first marriage for both



File No.: 039687

Nationality: SYR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039687
Name: ZAHYA KHELIF ALSALIH
QID No: 29876001066 Sex: Female
Mob: 70096009 ADDRESS: MAEZER

Age: 26 yrs

Marital Status: 10 yrs

Husband's Name: Hamid Alabouel Alsali

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

couple not stay together, only for few months. clt vag. discharge, no itching. ass & pelvic pain. and she want's to conceive. husband did varicosectomy few months ago. - 35 yrs smoker, healthy

Medical History:

medically free

P.H.

Post-repair

F.H.

Non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 yrs

L.N.M.P

19-9-24

Menstrual Habits:

regular

last for 5 days

every month

Menstrual Symptoms:

25% dysmenorr.

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB

8 yrs

♀

♂

N.D. / a.w

EXAMINATION

General Examination: Ht.

169 cm

Wt.

94-9 Kg BMI

Kg/m² Bp

110/80 mm Hg

obese & pco feature. not pale.

Chest, C.V.S.

N.A.D

Abdomen:

soft - obese.

Breasts:

N.A.D

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

vag. discharge - cx not seen.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

NOT.

- ucr → ben Trace.

Investigation Requested:

T.V.S = A/V normal size uterus. grade A

endo. 7-8 mm.

Rt ovary showed pco picture. Rt

leading follicle 14-3 mm. normal left ovary & small follicles

Diagnosis:

no cyst. no AFCDS.

Plan of Management:

- SFA requested. given ovul. stimulant Tamoxifen

1X2X2½ + Proquyaten for endo. support. S-R regulated.

Next Appointment:

- vaginitis tx.

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

ZAHYA

Patient ID:

4

Multistix® 10 SG

Test date 09-29-2024

Time 8:44PM

Operator ANU

Test number 2921

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative



Date 29 / 9 / 29

New Patient Registration Form

Full Name الإسم 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) / حدد الطريقة التي تفضلها

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

Signature التوقيع

File Number 039687

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: زهيره الصالح

التاريخ: ٢٠١٩ / ٩ / ٢٤

ملف رقم: ٥39687

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29876001066 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/01/1998 تاريخ الميلاد:
Expiry: 21/08/2027 الصلاحية:
سورية الجنسية:
Nationality: SYRIA
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: زهيه خليف الصالح

Name: ZHIEH KHLIEF ALSALEH

Passport Number: N00599863
Passport Expiry: 09/11/2029
Serial No: 30129876001066
Residency Type: عائلية
Employer: حامد عهود صالح الطي
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

ز هيه

ز هيه





تعليمات لإحضار عينة السائل المنوي

- يجب الامتناع عن الجماع أو انزال السائل المنوي قبل التحليل بيومين الى سبعة ايام على الأكثر.
- أغسل اليد و المنطقة التناسلية جيدا ثم نشفها بمناديل نظيفة.
- يجب وضع العينة فى وعاء خاص معقم مأخوذ من المعمل.
- ضع غطاء الوعاء مباشرة بعد نزول السائل المنوي و تأكد عدم نزول ماء او صابون مع العينة داخل الوعاء من الأفضل إحضار العينة فى غرفة قريبة من المعمل و اذا تعذر ذلك فيمكن إحضارها خلال نصف ساعة و بحد اقصى ساعة الى المعمل مع تجنب تعرضها لدرجات حرارة مرتفعة أو منخفضة (الأنسب داخل الجيب ملاصقة للجسم).
- يجب عدم استخدام الصابون او الكريمات اثناء احضار العينة.
- لا يصلح اناقى الذكرى العادى كوسيلة لأحضار عينة السائل المنوي .
- الجماع ليس الوسيلة المثلى لأحضار عينة السائل المنوي لأنه قد يؤثر على دقة التحاليل.
- أى استثناءات للتعليمات السابقة يجب أن تتم بطلب من الطبيب المعالج مع ذكر ذلك كملحوظة فى التقرير.