



File No.: 039084

Nationality: yem

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039084
 Name: ZIKRA HUSSAIN ALSADI
 QID No: 29488600156 Sex: Female
 Mob: 55474507 ADDRESS: ALSAD



Age: 30 y/o

Marital Status: 11 yrs

s Name: mohammed Abdulbari Saadi

hone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

No V.D. 18/5/24 ♀ 2.6 Kg.
 came for loop insertion. she was told about all it's cons & pros.
 - lactating + Bottle feeding.

Medical History: medically free P.H. non F.H. non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P. 25 Post Partum

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

Menstrual Symptoms: non. Menopause:

Parity: P 5 Abortion 2 Ectopic LCB 18/5/24

♀ 4 ♂ 1 All NVD, all a/w.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 146 cm Wt. 70.7 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
 cooperative, not pale, obese.

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION: Smelly vulva « low hygiene ». wide introitus &

Speculum Exam. vagina - averaged bleeding. ant. & ex. erosion, A/v

Bimanual Exam. big size uterus, hysteroscopy 10 mm. cup. T Loop

Rectal Exam. inserted smoothly. thread not cut because it remain

Investigation Requested: only ~ 2 cm outside « big uterus ». Insertion
 Passed smoothly under US guidance.

* US after insertion: A/v big size uterus, ET =, Loop well placed. normal
 Diagnosis: ovaries & small follicles - no cyst - no FFCDs.

A Loop insertion.

Plan of Management:

Insertion passed smoothly. A reassured
 + given.

Next Appointment:



Date 23/6/2024

New Patient Registration Form

Full Name زكري حسين عوض البكري وليد فهد الإسم الكامل

Date of Birth 8/2/1994 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالب جامعة المهنة

I.D Number 29488600156 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55474507 رقم الجوال

Emergency Contact Person (محمّد البكري) أقرب الأقارب (الزوج)

Emergency Contact Number 70008016 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 039084



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.

ووافق 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: ذكرى حسين عوض وسليمان وسليمان

التاريخ: 7/1/2016

ملف رقم: 039084

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29488600156

الرقم الشخصي:

D.O.B.: 08/02/1994

تاريخ الميلاد:

Expiry: 03/10/2021

الصلاحية:

يمنية

الجنسية:

Nationality: YEMEN

Occupation: ربة منزل

المهنة:



الاسم: ذكرى حسين عوض ثابت السعدي

Name: DIKRA HUSSAIN AWAD THABET ALSADI