



File No.: 089437

Nationality: Yem

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039437
Name: AISHA MURSHID ALSALMAY
QID No: 28888600326
Mob: 55840105
Sex: Female
ADDRESS: MUITHER



Age: 36 y/o

Marital Status: 24 days

Spouse's Name: Amir Saif Alamin

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Intermenstrual Bleeding for 6 months
No Post coital bleeding - No abnormal vaginal discharge.

Medical History: Medically Fit? HAIK 5-8

P.H. C15 2018

F.H. Not significant

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity: P

2

Abortion

0

Ectopic

Menopause:

LCB 19-10-18

♀

twins

♂

1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm

Wt. 76

Kg BMI

Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Normal vulva & vagina - CX
reddish easy bleed on touch &
superficial erosion circumferential
(still menstruating - PAP next visit)

Investigation Requested:

TVS 2 - AVF uterus ET 6-23 mm - Normal
Rt ovary - Lt ovary normal & follicular
cyst 3-8 x 3-2 cm - NO EFFUSION

Diagnosis:

Plan of Management:

Intermenstrual bleeding? CTS niche
PAP smear + Referral for Niche management

Next Appointment:



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.

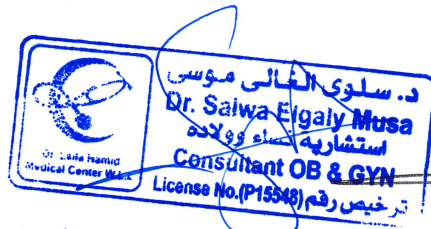
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: عائشة محمد الهادي

التاريخ: 24/08/2024

ملف رقم: 039437

التوقيع: _____



Passport Number: 11403421
Passport Expiry: 23/01/2029
Serial No: 4547, 5121B132485
Residency Type: عمل
Employer: مؤسسة حمد الطبية

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

مدير عام الجنسية والمنافذ وشؤون الوافدين
General Director of Nationality,
Borders & Expatriates Affairs

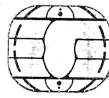
توقيع حامل البطاقة
Holder's Signature



State of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة



ID. No: 28888600326
D.O.B: 30/07/1988
Expiry: 09/06/2025

الرقم:

تاريخ الميلاد:

الصلاحية:

الجنسية:

Nationality:

YEMEN

Occupation:

أخصائية

المهنة:



الاسم: عائشة مرشد عبده محمد السلمي

Name: AISHA MURSHED ABDO AL-SALMAY

Passport Number: 11403421
Passport Expiry: 23/01/2029
Serial No: 4547, 5121B132485
Residency Type: عمل
Employer: مؤسسة حمد الطبية

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

مدير عام الجنسية والمنافذ وشؤون الوافدين
General Director of Nationality,
Borders & Expatriates Affairs

توقيع حامل البطاقة
Holder's Signature

