



File No.: 038983

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038983
Name: AMNA TARIQ MUSA
QID No: 29673600270 Sex: Female
Mob : 55579177 Address: MUITHER

Age: 27 yrs.
Marital Status: Single
band's Name:
bile Phone:
Residence Phone:

SYMPTOMS:

- no pain, vulval Swelling / 2 wks.
only discomfort!

Medical History: medically free apart P.H. Non
S.V.T. plan for cardiac catheterization F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 — 15 yrs
Menstrual Habits: regular last for 6 days every month L.N.M.P 10 days before 24.5.24
Menstrual Symptoms:
Parity: P Abortion Menopause:
Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 165 cm Wt. 53.5 Kg BMI 110/70 mm Hg
slim cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. NAD apart from tapping apex??

Abdomen: Soft.

Breasts: under developed - no galactorrhoe.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Exam - done and in presence of nurse Betsy.
Bimanual Exam. normal vulva. there is Rt sided partholin
Cyst ~ 4 cm x 4 cm or small Lemon size. no signs of
Rectal Exam. infection - no abnormal discharge seen.

Investigation Requested:

Diagnosis:

A For partholin cyst marsubliation

Plan of Management:

pt referred to Dr. Leila



Date 4 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل آمنه طارق موسى

Date of Birth تاريخ الميلاد 12/07/1996

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

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

Occupation المهنة ممرضة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية 29673600270

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي 44983538

Mobile Number رقم الجوال 555 79170

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان: رقم البناء 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 038983

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: آمنة طارق عوسي

التاريخ: 3 Jun 2024

ملف رقم: 01

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card

دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية





ID. No: 29673600270 الرقم:
D.O.B. 12/07/1996 تاريخ الميلاد:
Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:
Date of expiry: 02/12/2025 الصلاحية:

الإسم: امته طارق عبدالكريم موج البحر موسى
Name: AMNA TARIG A M MUSA

العنوان: منطقة 55 - شارع 973 - مبنى 66

الرقم المسلسل: 4 11224 18273075BF

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature






