



File No.: 039434

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039434
Name: HAYA FARAJ ABDALA NASSEH
QID No: 25763401636 Sex: Female
Mob: 55237831 ADDRESS : MUITHER

Age: 60 y/o

Marital Status: 30 yrs

d's Name: Abdulla Neesser Abdulla

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

known on R 4 y/o
she did complete postpartum repair in one
year c/o dyspareunia & v. spotting after
S-R.

Medical History: DM R PH. E+C F.H. DM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: L.N.M.P.

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms: Menopause: 7/y

Parity: P 9 Abortion 1 Ectopic LCB

♀ 6 ♂ 3 EXAMINATION 9/11/10

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 66-8 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Looks well

Chest, C.V.S.

Abdomen: / XIAID

Breasts: Not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Not wanted by swab thru

Bimanual Exam. blood very few from ant vaginal

Rectal Exam. wall no abnormal discharge no smelly

Investigation Requested: Atrophic Va Vo Vaginitis

Diagnosis: has appointment after 2/12 in w/h

Plan of Management: Atrophic Va Vo Vaginitis

Next Appointment: Rr 7 day

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلي 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.

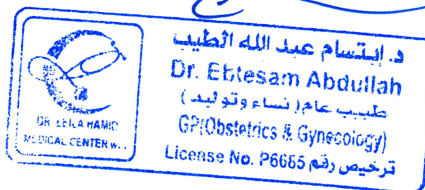
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: **هيا فخر عبد الله**

التاريخ: **22-8-24**

ملف رقم: **039434**

التوقيع: **هيا**



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 25763401636

الرقم:

D.O.B. 01/01/1957

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

28/05/2029

الصلاحية:



الإسم: هيا فرج عبدالله ناصر

Name: HAYA FARAJ A NASSER

منطقة 55 - شارع 388 - مبنى 66

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No.

21 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Hays Faraj: اسم المريض:

File No.: 039434: رقم الملف:

Age: 60yrs.: العمر: 60 years

Rx

- Clivon gel OD $\frac{1}{12}$ before S.R

Betadine vag. gel OD x 1w/1c

- ~~XX~~ Clindamycin vag. cream
OD x 5 days

- Peximulose oil tab 1000mg
1 x 1 x $\frac{1}{12}$

Dalacin oint 1 x 1 x 3d

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523