



File No.: 039423

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039423
Name: MUNEERA SALEM ALDOSARI
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 33053921 ADDRESS : ABU SIDRA



Age: 32 yrs

Marital Status: 2 yrs

Spouse's Name: Hamad Mohammed Almarri

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

inability to control urine during S-R.
- no further urinary symptoms. no symptoms of stress incontinence.
- not lactating. not on contraceptive.

Medical History: medically free apart from psychiatric problem in the past. P.H. 4 C/S. F.H. Non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs. L.N.M.P. 3 wks ago
Menstrual Habits: regular - last for 7 days every month.
Menstrual Symptoms: Non. Menopause:
Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic LCB 8 months

♀ 2 ♂ 2 AU C/S, all

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 93 Kg BMI 35.5 Bp 110/80 mm Hg
Cooperative, obese. not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: C/S scar - soft.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. narrow introitus & vagina. whitish vaginal discharge. H.V.S for C/S was taken - mild
Bimanual Exam. Cystoectocole. CX not seen.
Rectal Exam. not done.

Investigation Requested:

UCA → Blo trace } Cystitis.
Leu +1 →

Diagnosis: Δ Cystitis + Cystoectocole.

Plan of Management: Pt reassured. advised to check P.M. & to do Kegel exercise. tx given.

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

MUNEERA

Patient ID:

15

Multistix® 10 SG

Test date 08-21-2024

Time 7:39PM

Operator LAMIS

Test number 2700

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative

BIL Negative

Date 21 / 08 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم 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 039423

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: صبره سليم

التاريخ:

ملف رقم: 039423

التوقيع: [Signature]



[Signature]

ALDAWSARI, MUNIRAH SALEM A



الرقم : ١١١٧٩٣٥٧٩٩ No: 1117935799

تاريخ الميلاد : ١٤١٣/٠٧/٠١ DOB:25/12/1992

تاریخ الانتهاء : ١٤٤٧/٠٦/٢٢ DOE: 13/12/2025

مكان الميلاد : الافلاج



1117935799



SN: 01114106764131



IDS AU111793579<98<1068<<<<<<<<
9212255F2512130SAU<1<<<<<<<<4
ALDAWSARI<<MUNIRAH<SALEM<A<<<<

of Ale Hamad

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي 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: Muneera Salem: اسم المريض:

File No.: 039423: رقم الملف:

Age: 32yrs - Δ Cystitis: العمر:

Rx

- ciprofloxacin tabs 10mg (10)
حب ١٠ م.ج. سيبروفلوكساسين

- D-mannosa sachets (14)
حرف ٢ ١/٢ م.ج. مانوسا

- Datarin veg. supp (3)
داتارين نباتي

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523