



File No.: 039427

Nationality: Kenyan

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039427
Name: RAHMA ABDI OSMAN
QID No: 29040400038 Sex: Female
Mob: 33069003 ADDRESS: UM ALAMAD



Age: 34 yrs
Marital Status: 14 yrs
band's Name: Ahmed Diria
bile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

has loop for 5 yrs. done at work.
no thread seen Removal tried by Dr Saado
AD. failed, Referred to us

Medical History: medically free P.H. 3 C/S F.H. non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: not sure
Menstrual Habits: regular. last for 7 days every month.
Menstrual Symptoms: none.
Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic LCB 2017
Menopause: 11-8-24

EXAMINATION

General Examination: Ht. 165 cm Wt. 110.5 Kg BMI 120/80 mm Hg
obese, normal female look, not pale

Chest, C.V.S. NAD
Abdomen: obese. soft.

Breasts: well developed. no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. not seen. normal vulva, vagina & cervix, thread
Bimanual Exam. guidance. Loop removed & Novac under U/S
Rectal Exam.

Investigation Requested:

showed A/V normal size uterus, loop in place. normal
ovaries & no leading follicle. no cyst or FFCDs.

Diagnosis: Missed loop, removal under U/S Guidance
(Multibad)

Plan of Management:

Next Appointment:

Date 22/8/20

New Patient Registration Form

Full Name RAMMA ARDI الاسم الكامل

Date of Birth 4/03/1990 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation HOUSE WIFE المهنة

I.D Number 290 40400038 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 33069003 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33069003 رقم الجوال

Emergency Contact Person 50817447 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33069003 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 [Signature] التوقيع

File Number 039427



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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.

لإزالة لولي

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

REHANE
اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 22-8-24

ملف رقم: 039427

التوقيع: |

د/ ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29040400038 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 14/03/1990 تاريخ الميلاد:
Expiry: 06/06/2025 الصلاحية:
Nationality: كينيا الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: رحمه عبيد عثمان

Name: RAHMA ABDI OSMAN

Passport Number: BK205090
Passport Expiry: 19/09/2031
Serial No: 31129040400038
Residency Type: عائلية
Employer: احمد حمود
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

