



File No.: 039178

Nationality: Q

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039178  
Name: SARA SAAD ALHAJRI  
QID No: 27163402509 Sex: Female  
Mob: 55520918 ADDRESS: BANI HAJER



Age: 51 yrs

Marital Status: 26 yrs

Spouse's Name: Salim Saeed Alotaibi

Phone: Residence Phone:

### SYMPTOMS:

vulval itching 12 days - No  
abnormal vaginal discharge or post coital  
bleeding.

### Medical History:

medically free

P.H. - CLS + Liposuction F.H. DM + HTN

- hernial repair  
- Perineal reconstruction  
1 week ago Egypt  
7 months

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

became regular -

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 5

Abortion 2

Ectopic

LCB 12 1/5

♀ 2

♂ 3

### EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 103.7 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 120/80 mm Hg

well - uncooperative

Chest, C.V.S.

Refused

Abdomen:

Breasts:

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

perineal swelling at posterior  
Finger extending down well defined  
vaginal extension - No rectal extension  
on PR. healthy ex.

Investigation Requested:

Diagnosis:

perineal swelling ( ? Perineal reconstruction  
needed). ?? collection. Refused  
any operation or second opinion

Plan of Management:

antibiotic

Next Appointment:



Date ...../...../.....

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... الإسم 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 ..... 039178

## 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.

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

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: ٢٠١٧ / ١٠ / ٢٠

ملف رقم: ٠٣٩١٧٨

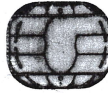
التوقيع:



State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27163402509

الرقم:

D.O.B. 29/10/1971

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

25/09/2028

الصلاحية:



الإسم: ساره سعد زيد القريني الهاجري

Name: SARA SAAD Z A AL-HAJRI

منطقة 51 - شارع 1125 - مبنى 71

العنوان:

Serial No:

535826120533320F

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

