



File No.: 039429

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039429
Name: SHAIKHA RASHID ALMARRI
QID No: 31363407524 Sex: Female
Mob: 66644393 ADDRESS: MUITHER

Age: 104/10

Marital Status: CH110

nd's Name: —

Phone: —

Residence Phone: —

SYMPTOMS:

Vaginal discharge & itching / on & off
- no urinary symptoms.
- came & had mother.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. Non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: —

Menstrual Habits: —

Menstrual Symptoms: —

Parity: P Abortion —

L.N.M.P child.

Menopause: —

Ectopic —

LCB —



EXAMINATION

General Examination: Ht. 146 cm Wt. 40.1 Kg BMI Kg/m² Bp mm Hg
non cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. —

NAD.

Abdomen: —

Breasts: —

start to developed.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Local exam. done & presence of her mother — reddish vulva & scratching
Bimanual Exam. marks and faint pubic hair. whitish
Rectal Exam. discharge seen outside. speculum not done.

Investigation Requested: —

non

Diagnosis: —

A vulvo vaginitis.

Plan of Management: —

A reassured. to given.

Next Appointment: —

Date 22 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name شيرين عبد الحليم الإسم الكامل

Date of Birth 2013 / 11 / 5 تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality ق.م.ص الجنسية

Occupation خالصة المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66057666 رقم الجوال

Emergency Contact Person م.أ.أ أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية

20

Zone No.

رقم المنطقة

51

Street No.

رقم الشارع

1751

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 039429

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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 إجراء 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: راشد الحري

التاريخ: 22-8-2024

ملف رقم: 039429

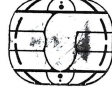
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 31363407524

الرقم:

D.O.B. 05/11/2013

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

15/09/2025

الصلاحية:



الإسم: شايخة راشد سعيد الاسود المري

Name: SHAIKHA RASHID S A AL-MARRI

منطقة 53 - شارع 541 - مبنى 48

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. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

22 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Shaikha Rashid اسم المريض:

File No.: 039429. رقم الملف:

Age: 13 yrs. Δ vulvovaginitis العمر:

Rx

Bonolla vag. wash

عسل كحل خارجي مرة واحدة

يومياً لمدة أسبوعين

مرتين أسبوعياً

Kenazole cream

مضغ خارجي مرة واحدة أسبوعياً

Fluconazole caps. 50 mg.

حببة الفم مرة واحدة أسبوعياً

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523