



File No.: 039039

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No:039039
Name:AHLAM ALI ALSANADI
QID No:28963402575 Sex: Female
Mob:70380581 ADDRESS: ABU SIDRA



Age: 35yrs
Marital Status: 10 years
Husband's Name: Ibrahim AL Abdulla
Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

she wants to insert loop.
- she was told about it's all cons. & pros.
- not lactating.

Medical History: medically free P.H. cholecystectomy F.H. F & M (CDM & HTN).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11-12 yrs L.N.M.P 7-6-24

Menstrual Habits: regular last for 6 day every month.

Menstrual Symptoms: non. Menopause:

Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic LCB 3 months.

♀ 0 ♂ 4 AU MVDs, a/w

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 64.8 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg 36°C
Normal ♀ look, non coop 84mm 181mm

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: not seen

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Cut --- AVF / N's ex. : bulking of mult.

Bimanual Exam. Vagina : wide + cystic. Hysterometry : 8cm

Rectal Exam. insert : smooth thread : level

Investigation Requested:

AVF w/ regular contour, was AVF but when loop inserted I RU F
Lt ov. cyst + multichambered N. doppler 4x4.5x5.5cm

Diagnosis: Loop inserto Cut. 386 upto rectocele Lt ov. cyst

Plan of Management: Lt ov. cyst

Next Appointment: FWK



Date 12 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name أحمد علي السيد الإسم الكامل

Date of Birth 1989 / 11 / 26 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality قطري الجنسية

Occupation المهنة

I.D Number 28963402575 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 70380581 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقراب

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 039039



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: أحلام علي السديك

التاريخ: ١٤ / ١١ / ٢٠٢٢

ملف رقم: 039039

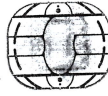
التوقيع: 



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28963402575

الرقم:

D.O.B. 26/01/1989

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 14/08/2031

الصلاحية:



الإسم: احلام على احمد محمد السندي

Name: AHLAM ALI A M ALSANADI

منطقة 55 - شارع 671 - مبنى 31

العنوان:

Serial No: 43519A0A1F21247D

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

