



File No.: 039478

Nationality: ANT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039470
 Name: ASHWAQ DABBY ALSHAMARI
 QID No: 29668200211 Sex: Female
 Mob: 55957269 ADDRESS: UM SALAL

Age: 27 YRS.
 Marital Status: 8 YRS.
 I's Name: ABDULLA OBEID ALSHAMMARY
 Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

She want's to remove Loop.
 - also she cis vag. discharge from time to time, not smelly - no urinary symptoms.

Medical History: medically free P.H. cis only F.H. F(OM).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs. L.N.M.P 7.8.2024
 Menstrual Habits: regular last for 6 days every month.
 Menstrual Symptoms: as is mild dysmenorrhea Menopause:
 Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 13-3-2020 4 yrs.
 ♀ 2 ♂ first cis, 2nd succ. v.BAC.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 156 cm Wt. 71 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
 non-coop., not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft - cis scar.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION: normal vulva & vagina. whitish vag. discharge - cx erosion = bleeding on touch
 Speculum Exam. especially lower cx lip - thread seen - loop
 Bimanual Exam. removed smoothly.
 Rectal Exam.

Investigation Requested: [before removal] :-
 abd-uls = R/L normal size uterus, loop in Place - ET 9-5 mm. normal ovaries = small follicles - no cyst

Diagnosis:

Δ For loop removal

Plan of Management: loop removed smoothly. Pt advised to do pap smear. given diet for baby program & Told about it according to her request.
 Next Appointment:



Date 28 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name أبتواق ديب الشمري الإسم الكامل

Date of Birth 1996 - 3 - 8 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality قطرية الجنسية

Occupation طالبة جامعية المهنة

I.D Number 29668200211 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55957269 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 039470

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 ووافق على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: أسواق دحي السمرى

التاريخ: ٨ - ٢٨

ملف رقم: ٥٣٩٤٧٥

التوقيع: ر.ه



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29668200211

الرقم:

D.O.B. 08/03/1996

تاريخ الميلاد:

قطر

محل الميلاد:

Nationality: QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 31/03/2024

الصلاحية:

الإسم: اشواق دبي راشد الرمالي الشمري

Name: ASHWAQ DABBY R R ALSHAMMARI



Date of Issue:

01/04/2014

تاريخ الإصدار:

Blood Group:

O+

فصيلة الدم:

Serial No.:

ام صلال محمد

الرقم المسلسل:

العنوان:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

