



File No.: 039829

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039829
Name: HAYFA OSMAN ABDALHADI
QID No: 29073604279 Sex: Female
Mob: 31428938 ADDRESS: ALAZIZIA

Age: 34 yrs

Marital Status: Single

ne:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Vaginal disch since May, excessive greenish, Smelly given gynecandazole cream & flucan cap, no improvement

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. D.M.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12⁺

L.N.M.P

12-10-24

Menstrual Habits: monthly recently for 5 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 88.7 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

looks her age, overweight, Coop, reasonable personal hygiene

Chest, C.V.S. N.A

Abdomen: fatty

Breasts: normal looking

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. wide introitus although has sudanes circum.

Bimanual Exam. which is not properly done -

Rectal Exam. yellow disch, no tenderness

Investigation Requested:

Diagnosis: ch. Vaginids

empirical Rx

Plan of Management:

Next Appointment:



Date 24 / 10 / 24

New Patient Registration Form

Full Name هيفاء عثمان عبد الحادي الإسم الكامل

Date of Birth 21/11/1999 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality سورية الجنسية

Occupation محاسبية مدققت حسابات المهنة

I.D Number 29073604279 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 319 28938 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) / تفضلها التي

I receive my Rights & Responsibilities إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature Haida التوقيع

File Number 039829

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.

د. ليلي

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

اسم المريض / المريضة: ليلي عثمات

التاريخ: 21-12-2014

ملف رقم: 039929

التوقيع:

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

ليلى

Hasan

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29073604279 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 21/01/1990 تاريخ الميلاد:
Expiry: 11/11/2024 الصلاحية:
سودانية الجنسية:



Nationality: SUDAN

المهنة: محاسبة - مراجع - مديرة حسابات

الاسم: هيفاء عثمان عبدالهادي محمد

Name: HAIFA OSMAN ABDELHADI MOHAMED

Passport Number: P07597543 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 28/01/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30129073604279 الرقم الممثل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: الزامل للخدمات والتوظيف المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

[Signature]

Haifa

