



File No.: 038893

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CEI
File No: 038893
NAME: JAWAHER ALI HAMAD ALKORBI
ID NO: 29663400375 SEX: FEMALE
MOB: 30325846 ADDRESS: GHARAFA

Age: 28
Marital Status: SINGLE
Father's Name:
Home Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Painful menstruation / on & off
Syncope attack twice last time of menses.
She has palpitation before and dyspnea on exertion.
There is abnormal hair distribution.

Medical History: medically free PH. V-S-D operated F.H. non.
on at childhood.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs L.N.M.P. 18-5-24 D5
Menstrual Habits: regular last for 6 days every month.
Menstrual Symptoms: ASD & dysmenorrhoea "severe" Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB

EXAMINATION

♀ ♂
General Examination: Ht. 147 cm Wt. 47.7 Kg BMI 100/60 mm Hg
slim, normal ♀ look, not pale.

Chest, C.V.S. 2/2 loud first heart sound & tapping apex?

Abdomen: Soft

Breasts: well developed, no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.
Bimanual Exam. not indicated "single".
Rectal Exam. not done.

Investigation Requested: abd. US = A/v normal size uterus, ET 6.1 mm
normal ovaries & small follicles, no PCO picture or
Cyst - no FFCS.

Diagnosis: Δ dysmenorrhoea for investg. + Cardiac problem.

Plan of Management: pt advised strongly to see Cardiologist. D
hormonal profile requested. # given to relieve pain.

Next Appointment:



Date 22 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name جواهر ملكي حمد الكري الإسم الكامل

Date of Birth 13 / 1 / 1996 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 30325846 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 038893

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابتي 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: جواهر كاي حمد الكري

22/5/2024

التاريخ:



د. سلمى بابكر أحمد
Dr. Selma Babiker Ahmed
Specialist (Obstetrics & Gynecology)
إختصاصية : نساء وولادة
ترخيص رقم P11399

038893

ملف رقم:

[Signature]

التوقيع:

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29663400375

تاريخ الميلاد: D.O.B. 13/01/1996

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 13/09/2033



الإسم: جواهر على حمد على الكربي

Name: JAWAHER ALI H A ALKORBI

منطقة 51 - شارع 427 - مبنى 7

العنوان:

1112F904687FA12A

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

