




File No.: 039781

Nationality: Q

### GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER   
 File No: 039781  
 Name: KHOLOUD SALIH ALMARRI  
 QID No: 28763404342 Sex: Female  
 Mob: 66219955 ADDRESS: ALSILYA

Age: 36 y.o  
 Marital Status: Single  
 Residence Phone:

#### SYMPTOMS:

~~Lower~~ abdominal pain mainly Rt side / 4 year on and off  
 - also had burning sensation in the genital area - No urinary symptoms. Poor control diabetes.

Medical History: DM on glulophage 1000 BID P.H. Non F.H. DM (MoxF)

#### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years HbA1c = 8 Fasting 180 L.N.M.P 23.09.24  
 Menstrual Habits: regular, monthly lasting 7 days.  
 Menstrual Symptoms: — Menopause:  
 Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



#### EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 83.7 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 120/80 mm Hg  
 COOP, normal ♀ look, overweight

Chest, C.V.S. NAT

Abdomen: fatty, no masses & no tenderness, free loops of colon

Breasts: normal looking, small

#### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. no vulvitis, no vaginal disch (by inspection)

Bimanual Exam.

Rectal Exam. one pte not congested at 11 o'clock, not tender

Investigation Requested: Small AUF wt & GB Endomet 6mm, Rt ov. Nls Nchr Lt ov. & 2 follicles small. No FFEDs

descended pile

Diagnosis: Gynae check up, free

Plan of Management: Reassured. to control diabetes

Next Appointment:

D 21

Date 13/10/2014

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... خالد صالح احمد الفانز المري ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 16/10/1987 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender:  Male / ذكر  Female / أنثى Nationality ..... قطريّة ..... الجنسية

Occupation ..... المهنة

I.D Number ..... 28 763404342 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... 107 ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 66219955 ..... 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 039781



## نموذج الموافقة المستنيرة

### موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه الطبيب / الطبيبة 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: حلور صالح حمد الفاني الهوي

التاريخ: 13-10-24

ملف رقم: 039 781

التوقيع: حلور

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

Leila

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28763404342 الرقم:

D.O.B. 16/10/1987 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 12/12/2026 الصلاحية:



الإسم: خلود صالح حمد الفاتى المرى

Name: KHALOUD SALEH H A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 332 - مبنى 107

العنوان:

Serial No: 53582610133032DF

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

