



File No.: 039113

Nationality: MORROCCO

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039113
 Name: NAWAL MUTAWKIL
 QID No: 29550400684 Sex: Female
 Mob: 33828345 ADDRESS: ALTHUMAMAH



Age: 29 Yrs

Marital Status: GYS

band's Name: Hafid mashour

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

1 post (N V) ♀ 3-8 kg (Vacuum)
 lactating completely & seen yellow to
 green discharge from the wound with tenderness
 & feels opened wound in chest up

Medical History: H/O T.B R 6/12 > 10yrs P.H. L.N.T.B F.H. DM
 operated 2015
 ETC

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14yrs L.N.M.P
 Menstrual Habits: Regular Monthly For 6 days
 Menstrual Symptoms: None
 Menopause: 0
 Parity: P 1 Abortion 1 (Ectopic) Ectopic 0 LCB 17-6-24
 ♀ (1) ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 58.2 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
 Looks well

Chest, C.V.S. / N AD

Abdomen: Mild nipple cracks

Breasts: Mild nipple cracks

PELVIC EXAMINATION:
 Speculum Exam. not well healed with episiotomy
 Bimanual Exam. at middle & upper end also not well
 Rectal Exam. but not opened

Investigation Requested:

Diagnosis: infected & opened middle part of episiotomy

Plan of Management: Rx
 Next Appointment: 7 days to be seen with antibiotic



Date 27 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Naval Montagnon الإسم الكامل

Date of Birth 14/3/1995 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality Morocco الجنسية

Occupation Housewife المهنة

I.D Number 29550400684 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33 82 83 45 رقم الجوال

Emergency Contact Person Al Hady أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66863016 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 ؟ Miss

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 [Signature] التوقيع

File Number 039113



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 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: نوال مصطفى

التاريخ:

ملف رقم: 039113

التوقيع:

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29550400684 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/04/1995 تاريخ الميلاد:
Expiry: 24/12/2024 الصلاحية:
Nationality: مغربية الجنسية:
Occupation: مشرفة المهنة:



الاسم: نوال متوكل

Name: NAOUAL MOUTAOUKIL

Passport Number: T02381983 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 24/01/2029 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30929560400684 الرقم المسلسل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: الثابتة للتجارة والمقاولات والخدمات المستقدم:
مدير عم الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

