



File No.: 039362

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039362
 Name: RAHAF SOUD ALMARRI
 QID No: 31263406571 Sex: Female
 Mob: 33697968 ADDRESS: ABU SIDRA

Age: 12 yrs
 Marital Status: Child
 Band's Name:
 Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Brought by her mother as she noticed dangling skin tag.

Medical History: Eczema

P.H. NOT STABLE F.H. NOT STABLE

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: L.N.M.P Not menarche yet.

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 148 cm Wt. 32.3 Kg BMI Kg/m² Bp mm Hg
well - coordinated - Nice & Polite

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: well developed Tanner stage = age

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. - inspection in her mother & nurse
 Bimanual Exam. - very long labia minora - well developed pubic hair
 Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: Congenitally long labia minora.

Plan of Management: mother counselled no urgency for labial trimming. advised to wait age 18 & her daughter will participate in such decision.
 Next Appointment:

Date 11 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name رهنف سعود محمد المري الإسم الكامل

Date of Birth 20 12 / 12 / 1 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality كثرية الجنسية

Occupation طالبة المهنة

I.D Number 31263406571 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 44696505 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33697968 رقم الجوال

Emergency Contact Person الجدة أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33168005 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 14 رقم المنطقة رقم الشارع الوسرة 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 039362

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 ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: صف سمور الحري

التاريخ: 2024 / 8 / 11

ملف رقم: 039362

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 31263406571 الرقم:

D.O.B. 01/12/2012 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 06/06/2025 الصلاحية:



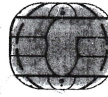
الإسم: رھف سعود محمد الفواص المرى

Name: RAHAF SAOUD M A ALMARRI

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28968200175 الرقم:

D.O.B. 15/12/1988 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 31/08/2026 الصلاحية:



الإسم: نورہ محمد علی حامد الجابری

Name: NUORAH MOHAMMED A H ALJABRI

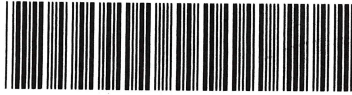
العنوان: منطقة 55 - شارع 663 - مبنى 9

Serial No: الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



العنوان: منطقة 55 - شارع 663 - مبنى 9

Serial No: 8330291805312357 الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

