



File No.: 038896

Nationality: Q

### GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL C  
File No: 038896  
NAME: SHIKHA NOOR HAMAD ALTHANI  
ID NO: 29963400628 SEX: FEMALE  
MOB: 50944448 ADDRESS: MUAITHER



Age: 25 y/o  
Marital Status: single  
Name:

Address: Mobile Phone: Residence Phone:

#### SYMPTOMS:

irregular period / this month  
She and her sister took vitamins & zinc included Beta Carotin for hair issue, after which they developed bleeding. there is no symptoms sugg- PCO as she said.

Medical History: medically free P.H. - nasal plastic F.H. F (DM)

#### MENSTRUAL HISTORY:

\* received monjaro surgery 5 months - body contouring.  
Menarche: 16 yrs a late menarche L.N.M.P 11/5/24  
Menstrual Habits: regular - last for 5 days every month  
Menstrual Symptoms: mild dysmenorrhoea - Menopause:  
Parity: P Abortion Ectopic LCB



#### EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 81.1 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 110/80 mm Hg

over cut - mild facial hair & some facial acne - not pale

Chest, C.V.S. NAD

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/R normal size uterus + small post-wall fibroid 1-2 x 1.1 cm. GT 7-2 mm normal ovaries. no cyst - no FFCDs.

Diagnosis: A irregular period for investigations.

Plan of Management: 2 hormonal profile requested. advised to stop Beta carotin. given to stop bleeding.

Next Appointment:

Date 22 / 9 / 24

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... نور حمد مسعود العبد الرحمن الثاني ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 21 / 102 ..... تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ..... باحثة دراسات ..... المهنة

I.D Number ..... 29963400628 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... 50944448 ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 50944448 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... 33554265 ..... أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ..... 50944448 ..... رقم هاتف

Address: Building No. [26] Zone No. [53] Street No. [718] ..... 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

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

Signature ..... التوقيع

File Number .....



## 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: نور محمد سعود السيد الرجهال ثاني

التاريخ: 22/04/2024

ملف رقم: 038896



التوقيع: نور

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29963400628 الرقم:

D.O.B. 21/02/1999 تاريخ الميلاد:

قطر محل الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 15/08/2025 الصلاحية:



الإسم: الشيخة نور حمد سعود العبد الرحمن آل ثاني

Name: SHIEKHA NOOR HAMAD S A AL-THANI

Date of Issue:

18/06/2015

تاريخ الإصدار:

Blood Group:

O+

فصيلة الدم:

Serial No.:

4077240718096297

الرقم المسلسل:

منطقة 53 - شارع 615

العنوان:

مدير إدارة الجنسية ووثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

