




File No.: 039351

Nationality:

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER 
 File No: 039351
 Name: WADHA SALEM ALMARRI
 QID No: 30368200421 Sex: Female
 Mob: 51880101 ADDRESS: ALRAYAN

Age: 20y/10
 Marital Status: 1 month
 Band's Name: Salem Hamad Almerri
 Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

irregular period this month, inter menstrual spotting / this month.
 - no further complaint

Medical History: medically free P.H. gastric sleeve 2021 F.H. MCHTN + DM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P. 29/6/24
 Menstrual Habits: regular - last for 4 days - every month.
 Menstrual Symptoms: Non- Menopause:
 Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 156 cm Wt. 64.4 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg
 overweight & facial acne.

Chest, C.V.S.

Abdomen: MAD

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

abd. ult: single, I.U. GS 0-7 cm, GA 5w4d
 EDD 8-4-25 - no F-P or Y-S yet - normal ovaries.

Diagnosis:

A early pregnancy.

Plan of Management: For ob. file, For F-P & F.H 2 wks later

Next Appointment:



Date 10 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name رضوى سالم الحمدي الإسم الكامل

Date of Birth 10/9/2003 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality عودية الجنسية

Occupation لا يوجد المهنة

I.D Number 30368200421 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 51880101 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) / تفضلها

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

Signature التوقيع

File Number 039351

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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: وسمى سالمى

التاريخ: 10/8/24

ملف رقم: 039351

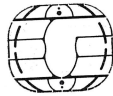
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 30368200421

تاريخ الميلاد: D.O.B. 10/09/2003

الجنسية: Nationality: SAUDI / سعودية

الصلاحية: Date of expiry: 24/07/2029



الإسم: وضحي سالم سعيد المري

Name: WADHA SALEM S ALMARRI

منطقة 53 - شارع 563 - مبنى 10

العنوان:

1114F90F3C50A12A

الرقم المسلسل:

Serial No:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

