



File No.: 039485

Nationality: QAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039485
Name: SALEMA ALI ALMARRI
QID No: 28663400298
Mo: 55423889 ADDRESS: ALKHISA



Age: 38 YR

Marital Status: 1 YR

Name: NASSER ALI ALMARRI

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

gave history of 2 month AO
she developed vaginal bleeding & went ER work
& discharged → for FU Friday E then

Medical History: medically Free PH. Not significant FH. Not significant

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y.S L.N.M.P 17-6-24
Menstrual Habits: Regular every 1 month - 6-7 days
Menstrual Symptoms: Not significant Menopause:
Parity: P Abortion I Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 80.8 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

caputrine - clinically pale

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD - No tenderness or rigidity

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Normal vulva - vagina. closed ex e
minimal trickling of blood - small tissue
Bimanual Exam. ? Product of conception hanging neonatal - Pt
Rectal Exam. Prefer to give to work for histopathology

Investigation Requested:

TVS - Nml uterus ET 12-65 m No intruterine
gestational sac seen. Nml BAH ovaries - No FFCDs

Diagnosis: Complete miscarriage

Plan of Management:

and Dextrocydine for 5 days & advised to
go for her appointment Friday 30.5.24

Next Appointment:

Date 29 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality الجنسية

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

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 / بالاسم ☐ 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 039485



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: سلوى محمد الحري

التاريخ: 29-8-24

ملف رقم: 039485

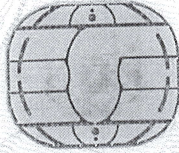
التوقيع: سلوى محمد الحري



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28663400298

الرقم:

D.O.B. 21/01/1986 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 04/07/2031 الصلاحية:

الإسم: سليمة محمد حمد الغفران المري

Name: SLEEMA MOHAMMED H A AL-MARRI

منطقة 71 - شارع 48 - مبنى 55

العنوان:

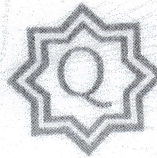
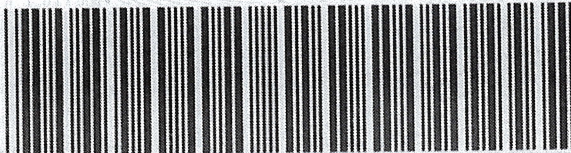
4357A3030A1F247E

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 29-8-24 التاريخ:

Patient's name: Salema Ali Almarri اسم المريض:

File No.: 039485 رقم الملف:

Age: 38 Y.O. / Post m 3w العمر:

Rx

- Doxycycline caps 100mg

١٠٠ ملغ كبسولات دوكسيكلين

١٠٠ ملغ كبسولات دوكسيكلين

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523