

[Handwritten signature]



File No.: 039105

Nationality:

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No:039105
Name:AFRAA GHANIM ALAZBA
QID No: 27863402223 Sex: Female
Mob:55695345 ADDRESS:MUITHER

Age:

Marital Status:

's Name:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

SYMPTOMS: Nullipara - Second marriage. First marriage 7 Yrs - A ↓ ovarian reserve. 3 IVF failed trial this year January February & April. requesting BhCG before any exam - done - ve -

Medical History: medically free P.H. not significant F.H. DM & HTN present

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity:

P

Abortion



Ectopic

LCB

♀



EXAMINATION

General Examination: Ht. 150 cm Wt. 90.8 Kg BMI 40.8 Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

General Examination: Ht. 150 cm Wt. 90.0 Kg BMI 40.0 Kg/m² BP 180/80 mmHg
well - obese - difficulty losing weight
even history taking not happy to communicate

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Investigation Requested:
 TYS 2- Nml AVF extnd 57 5-92 mm
 Rt ovarian Follicular cyst 27 X3 cm -

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:



Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name مضراء ناغم راسد الموري الإسم الكامل

Date of Birth 3/3/78 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation معلمة المهنة

I.D Number 27863402223 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55895345 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية 8 رقم المنطقة 55 رقم الشارع 789 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 039105

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: عفراتنا م / اسر

التاريخ: 25 - 8 - 2024

ملف رقم: 039105

التوقيع:

د. سلوى الغالى موسى
Dr. Sahwa Elgaly Musa
استشارية نساء وولادة
Consultant OB & GYN
ترخيص رقم (P15548)
License No. (P15548)
Dr. Leila Hamid
Medical Center W.L.L.

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 27863402223

تاريخ الميلاد: D.O.B. 03/03/1978

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: 11/04/2032



الإسم: عفراء غانم راشد العذبه المرى

Name: AFRA GHANIM R A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 828 - مبنى 16

Serial No: 4352731042232482

العنوان:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

