



File No.: 039179

Nationality: QAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039179
Name: AISHA MOHAMED ALHAJRI
QID No: 30263400810 Sex: Female
Mob: 77003343 ADDRESS: BANI HAJER

Age: 22 YRS

Marital Status: SINGLE

id's Name:

Phone: 77003343 Residence Phone:

SYMPTOMS:

presented c/o of irregular cycle, for 2 years Δ: as PCOS
received medical treatment, put not on regular follow up
last period before this is February, no male hair distribution,
there is facial acne. her weight 4 15 Kg in last 2 years

Medical History: no medical history of chronic P.H. not F.H. no F.H. of
received treatment and now on day 3 of the cycle. chronic illness

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 years

L.N.M.P

5-7-24 / April

Menstrual Habits: was regular, every 30 days for 5 days, mild dysmenorrhea

Menstrual Symptoms: tell 2 years become irregular-

Menopause:

Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 82.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

obese, Coop, face hyperpigmentations, decisive person

Chest, C.V.S. normal - hyperpigmented area triangular between breasts

Abdomen: normal, there is male hair distribution - striae albae

Breasts: no galactorrhoea - well developed

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. Single + Menstruating

Rectal Exam.

Investigation Requested: AUF - ut small & thin endomet 3mm
ovary / Rt 7 seen & difficulty not look PCO
Lt 1 half full bladder

Diagnosis: Oligomenorrhea PCO

Plan of Management: Uses Inositol & Metformin ±

Next Appointment:



MEDICAL REFERRAL LETTER

GYNE AND GENERAL PATIENT'S

To Doctor : her treating doctor

From : DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

Patient's Name: Aisha Mohd. Alhajiri

Age: 22 Nationality: Qatari

Is P 0 Abortion 0 Ectopic 0 Single

☐ LOW RISK

☐ HIGH RISK

☐ INF

☒ OTHERS oligomenorrhea for

Referred To :

☐ For Booking to OPD

☐ ER

came e her mother clo irregular periods for 2 years. diagnosed as ovarian PCO & asputon R by her treating doctor. Came for 2nd opinion. obese, coop, face hyperpigmentation + at triang. area between breasts, hair distribution at ch. no galactorrhoea Uls - small ut & thin

Referred By: Endomet. 3mm. Rt ov. seen & difficulty Lt small & poor Reserve Both do not look PCO .. Requested report to her doctor given R for face acne & striae albore.

Doctor's Name: Endomet. 3mm. Rt ov. seen & difficulty

Date: 2022 10 05



Date 7 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Aisha Al-Hajri الإسم الكامل

Date of Birth 10 March 2002 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 30263400810 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 77003343 رقم الجوال

Emergency Contact Person Noora Al Hajri أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55841114 رقم هاتف

Address: Building No. 16 Zone No. 51 Street No. 152 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) / حدد الطريقة التي تفضلها

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

Signature كاشية التوقيع

File Number 039179



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: عائشة محمد الهاجري

التاريخ: 2024 / 7 / 7

ملف رقم: 039179

التوقيع: عائشة

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم 832
License No. 832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30263400810

الرقم:

D.O.B. 10/03/2002

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 07/02/2033

الصلاحية:



الإسم: عائشه محمد مبارك ال شايق الهاجري

Name: AISHA MOHAMMED M S AL-HAJRI

منطقة 51 - شارع 152 - مبنى 16

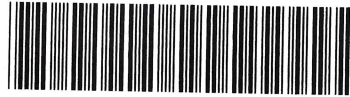
العنوان:

Serial No: 113213055859A127

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. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 07 JUL 2024 التاريخ:

Patient's name: Aisha n Abdul alhadi اسم المريض:

File No.: 034 A9 رقم الملف:

Age: 22 Y-S 5 / PCO العمر:

Rx

- Acteen cream

دواء موضعي مرتين في اليوم

- Progyldine tabs

تبدأ بعد عرس يومها اليوم (مضغ)

- Ant stretch mark cream

مضغ فاشد يوم

Acne Pen

مع سة الحبة

Doctor's signature: [Signature]

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523