



File No.: 039004

Nationality: SUD

Dr

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039004

Name: ALAA DAFALLA ABDULLA

QID No: 28773601586

Sex: Female

Mob: 70779035

ADDRESS: ALAZIZIA



Age: 36 yrs

Marital Status: 9 yrs

band's Name: Ameer Ahmed Alshafea

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

used Cerazette lactating
- Know a DM on Glucophage 2000mg
- uncontrol (on 5H)
H/O Recurrent Vulvovaginitis (fungal)

Medical History:

Thyroxin 100mg 8 yrs

P.H. 30/11

F.H. 1

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity:

P 3

Abortion 0

Ectopic

LCB 16/12

♀ 2

♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm

Wt. 104.3 Kg BMI

Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

PR 10/5/12

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

For long insertion - Post bone for
control her B-s & R Vaginitis
Coc pill given 1/12
To be inserted by doctor



Date 5 / 6 / 24

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 / 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 039004

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.

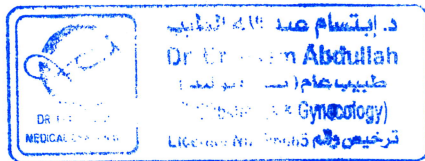
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: آلاء دفع الله عبدالله

التاريخ: ٢٠١٦ / ١٦ / ٠٤

ملف رقم: 039004

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28773601586 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 11/04/1987 تاريخ الميلاد:
Expiry: 02/12/2025 الصلاحية:
Nationality: SUDAN الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: الام دفع الله عبدالله حسن

Name: ALAA HASSAN

Passport Number: P06617939
Passport Expiry: 13/01/2025
Serial No: 30828773601586
Residency Type: عقلية
Employer: امير احمد الشفيق حسن
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports
توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممثل:
نوع الرخصة:
المنتقدم:



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

Prescription

وصفة طبية

Nº

Date:

05 Jun

التاريخ:

Patient's name:

Dr. Alaa Dafaalla

إسم المريض:

File No.:

039004

رقم الملف:

Age:

36/1

العمر: 36/1

Rx

- Yaz co-pills

1x1x28

- Kanazid (Kantel)
عن طريق الفم

Canthin Oral 500mg
weekly / month

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523