



File No.: 039821

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039821
Name: ALANOUD SAEED ALHAJRI
QID No: 28263401207 Sex: Female
Mob: 55200008 ADDRESS: ALRAYAN

Age: 42 yrs.
Marital Status: Divorced
me:
Residence Phone:

SYMPTOMS:

she want to delay her period because she will travel to Makkah on 26-10 & the day expected for her period

Medical History: Non

P.H. gastric sleeve "2020" F.H. DM & HTN (MI)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 year - L.N.M.P 1.10.2024

Menstrual Habits: regular, monthly lasting 5 days -

Menstrual Symptoms: Menopause:

Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic LCB 13 yrs

♀ 2 ♂ 2 all NVD, aw-

EXAMINATION

General Examination: Ht. 164.5 cm Wt. 68.7 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Normal ♀ look, Coop, Normal build

Chest, C.V.S. NAD -

Abdomen: Normal

Breasts: not done.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not done

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: for Menses postponement.

Plan of Management: will go OMR

Next Appointment:



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

New Patient Registration Form

Full Name الغوث سعيد الهاشمي الإسم الكامل

Date of Birth 1988 / 11 / 29 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظف المهنة

I.D Number 985 734 190 7 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 055 200008 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 552 00008 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

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 عبدالله التوقيع

File Number 039821 عبدالله

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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: السود سعيد الهامري

التاريخ: ٢٠١٠ / ١٠ / ٢٠

ملف رقم: ٥٣٩٨٢١

التوقيع: عسود

د/ ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28263401207

الرقم:

D.O.B. 29/01/1982

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

09/01/2031

الصلاحية:



الإسم: العنود سعيد محمد الفهيد الهاجري

Name: ALANOUD SAEED M A AL-HAJRI

منطقة 51 - شارع 1161 - مبنى 49

العنوان:

Serial No.

49111 1161 1161 1161

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

