



File No.: 039377

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039377
Name: ALBANDARI AHMED ALKHATIB
QID No: 28768200615 Sex: Female
Mob: 33466636 ADDRESS: MAEZER

Age: 36 yrs

Marital Status: 9 yrs

and's Name: Fudhl Fahad AlKhajri

ile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Pt want's to conceive male baby only - Counselled it's only definite e IVF on COCS for contraception.

Medical History: - medically Free PH. NOT SUGGESTED F.H. DM+HTN parents.
- Hx of GDM last pregnancy

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y-s L.N.M.P. 15-7-24
Menstrual Habits: Regular every month - 6 days
Menstrual Symptoms: NA SUGGESTED.
Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic LCB 2 Y-s

♀ 4 ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 50.5 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
Well - co-operative - Nice Personality

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Planning IVF For sex selection

Plan of Management:

Endo and Preconception + Referral For IVF

Next Appointment:



Date 14 / 8 / 2014

New Patient Registration Form

Full Name البندريه اعلى اى حار الإسم الكامل

Date of Birth 1/12/1987 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 33466636 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 55 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 039377



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة 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: البنة س. الهادي الخاھر

14/8/2024

التاريخ:

039377

ملف رقم:

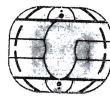
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28768200615 الرقم:

D.O.B. 01/12/1987 تاريخ الميلاد:

Nationality: SAUDI / سعودية الجنسية:

Date of expiry: 01/06/2025 الصلاحية:



الإسم: البندري احمد عبدالله الخاطر

Name: ALBANDARI AHMED A ALKHATER

منطقة 55 - شارع 344 - مبنى 86

العنوان:

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. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

14 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Albandari Ahmed اسم المريض:

File No.: 039377 رقم الملف:

Age: 36 Y-S / Preconception العمر:

Rx

1 mg + 1 mg

حبوب يومية: شهر كامل

13 شهر

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523