

- 2nd marriage for him and had kids.
(Last 12 years)



1st marriage for her

File No.: 039567

Nationality: ①

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039567
Name: ALDANA SAEED HAMAD DAJRA
QID No: 28963403053 Sex: Female
Mob: 50501220 ADDRESS: ALKHERATYAT



Age: 35 yrs

Marital Status: 2 months

band's Name: Ali Mohammed Dajran

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

want to conceive and to do Gyne check up.
Regular S-R = 3-4/wk.
- 41 years -
- not Diabetic - (lactose intolerant)
- not smoker.

Medical History: Non

P.H. gastric sleeve (2013)
abdominoplasty (2017)
F.H. DM (F)
HTN (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years

L.N.M.P. 13-8-24

Menstrual Habits: regular, Monthly, lasting 5 days

Menstrual Symptoms: Mild pain

Menopause:

Parity: P 0 Abortion 0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 71.4 Kg BMI 110/80 mm Hg

looks like age or older, coop.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: scars of liposuction

Breasts: full

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not done

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Empty bladder

Diagnosis:

Gyne check up - for ability to conceive

Plan of Management:

PHLL 13/9/24

Next Appointment:

Date 10 / 9 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الإسم 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 039567



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.

د. ليلى

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

اسم المريض / المريضة: د. ليلى حامد

التاريخ: ٢٠١٩ / ١٩ / ٢٠١٩

ملف رقم: 039567

التوقيع: د. ليلى

د. ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
License No: P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28963403053

الرقم:

D.O.B. 30/04/1989

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

23/04/2034

الصلاحية:



الإسم: الدانه سعيد حمد علي دجران

Name: ALDANH SAEED H A DAJARAN

منطقة 55 - شارع 870 - مبنى 78

العنوان:

Serial No:

113416088247A127

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: 10 SEP 2024 التاريخ:

Patient's name: Aldama saad اسم المريض:

File No.: 0395 62 رقم الملف:

Age: 35 X 1 / Preconception العمر:

Rx

- Preconception complete

الوقاية من الحمل كاملة

Doctor's signature:



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

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 10 SEP 2024 التاريخ:

Patient's name: Aldana Saeed اسم المريض:

File No.: 0395 67 رقم الملف:

Age: 35 Y / Pregnant العمر:

Rx

- Prescription complete
الوصفة كاملة

Doctor's signature:

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