



File No.: 039364

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039364

Name: ALIAA NASSER ALNAEIMI

QID No: 30263400817

Sex: Female

Mob: 50664337

ADDRESS: ALKHOR



Age: 22 yrs

Marital Status: Onemonth

band's Name: Ali Mohammed Almohandi

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

clo Abd-pain - Period 4/6
on 25/7 used daphaston 6 days then again 25/7 with
drawal & spotting 4 days ago

Medical History:

penicillin

P.H. Nasal plastic F.H. DM +

surgery 6/12

HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 56.1 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

Abd US A/F uterus ET 9mm

Normal both ovaries & excessive clots

Cervix churning

CT D
14



Date 11 / 8 / 2022

New Patient Registration Form

Full Name علياء ناصر البقمي الإسم الكامل

Date of Birth 1 / 3 / 2002 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation أديري المهنة

I.D Number 30263400817 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50664337 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 / أقارب

☐ 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 استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature علياء التوقيع

File Number 039364

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: علياء ناصر النعمري

11/8/2024

التاريخ:

039364

ملف رقم:

علياء

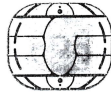
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30263400817

الرقم:

D.O.B. 01/03/2002

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR /

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

27/10/2031

الصلاحية:

الإسم: عليا ناصر ادغام غانم النعيمي

Name: ALYAA NASSER I G AL-NUAIMI

العنوان: منطقة 82 - شارع 6666 - مبنى 8

Serial No. 4357A303352D247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية
Director'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

Prescription وصفة طبية

No

Date:

11 AUG 2024

Patient's name:

Aliaa Nasser

التاريخ:

File No.:

039364

إسم المريض:

Age:

22 ys

رقم الملف:

285

العمر:

Rx

Activated charcoal
1x3 x 7 d

Doctor's signature:

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