



File No.: 039504

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039504
Name: ALIAA JABER HAMAD ALMAR
QID No: 31163402785 Sex: Female
Mob : 55838483 ADDRESS: MAEZER

Age: 13 yrs
Marital Status: child

band's Name:

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

delayed period 3/12

Medical History:

P.H.

F.H. DM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

3 months

Menstrual Habits:

Regular monthly

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 74.1 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mmHg

Lungs clear NO advent nor hypertension

Chest, C.V.S.

Abdomen:

/ NAD

Breasts:

X normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Virgin

Investigation Requested:

Abd UL

ARF at end ET 4.5m

both ovaries & PCO features noted

Diagnosis:

Delayed period for pregnancy -

Plan of Management:

D = FSH
3 = LH

Next Appointment:



Date 1 / 9 / 24

New Patient Registration Form

Full Name علي حبيب محمد العبدو الإسم الكامل

Date of Birth 25-05-2011 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number 31163402785 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 123456789 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55838483 رقم الجوال

Emergency Contact Person الأم أقرب الأقارب

Emergency Contact Number / رقم هاتف

Address: Building No. 22 Zone No. 55 Street No. 886 العنوان: المعين
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 039504

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.

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

اسم المريض / المريضة: علياء جابر محمد المري

التاريخ: ٢٠١٤/٩/١

ملف رقم: 039504

د. إبتسام عبد الله الطبيب
Dr. Ehtesam Abdullah
طبيب عام (نساء وتوليد)
GP (Obstetrics & Gynecology)
ترخيص رقم P6665
Licence No. P6665



التوقيع: علياء جابر محمد المري

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 31163402785

الرقم:

D.O.B. 25/05/2011

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 26/07/2025

الصلاحية:



الإسم: عليا جابر حمد الدعيه المري

Name: ALYA JABER H A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 886 - مبنى 22

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

