



File No.: 039750

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039750
Name: ALJAZI SAOUD ALZAABI
QID No: 28463400122 Sex: Female
Mob: 55571313 ADDRESS: MUITHER

Age: 40 Y.O

Marital Status: 8 yrs.

Name: Nawar Naif Alzaabi

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Delayed Period Following IVF cycle (3 days delay) - (Reassure)
Planned to start at WWC - No ovum pickup as
Husband not available. Interfering with Faldon

Medical History: - Hypothyroid 125/2500 P.H. - C-S, Fistula F.H. DM Faldon
100 mg 2 tabs - Surgery 2010
- C-section 2023

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y-S L.N.M.P 6-9-2024
Menstrual Habits: Regular every 30 days - 3 days
Menstrual Symptoms: Non Menopause:
Parity: P 1 Abortion A Ectopic LCB 5 Y-S

♀

♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 80-3 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg
Well - comfortable

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: -

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

TVS - Normal AVE uterus ET 12 mm - dark
Rt ovary - Lt ovary with FOLLICULAR CYST 3.2X2.8
No FF CDS

Diagnosis: Post IVF trial & not ovum pickup

Plan of Management:

Reassured to wait spontaneous m-Period
IF 1 wk and no cycle to do BhCG test.

Next Appointment:



"e-Jaza" – "Sick Leave" "إجازة مرضية" – "إجازة مرضية"

Dr. LEILA H MEDICAL CENTER

Ref No. / Order Id : 20965131

Date : Oct 09, 2024

Patient Details

بيانات المريض

QID / Passport No.

28463400122

رقم البطاقة الشخصية / جواز السفر

Name

ALJAZEY SAOUD A AL-ZOABI

الاسم

Place of Work

HALIMA SCHOOL

مكان العمل

Primary Diagnosis :

شخيص المبدئي :

PREMENSTRUAL TENSION

Unfit For (1) day(s)

غير لائق لمدة (1) يوم/أيام

From 09/10/2024 to 09/10/2024

من 09/10/2024 إلى 09/10/2024

Practitioner Details

بيانات الممارس

Name

Salwa Elgaly Musa

الاسم

Licence No.

P15548

ترخيص الطبي

Scope of Practice

Obstetrics & Gynecology

نطاق العمل



د. سلوى الغالى موسى
Dr. Salwa Elgaly Musa
استشارية نساء وولادة
Consultant OB & GYN
ترخيص رقم (P15548) License No. (P15548)

Authorized practitioner stamp

توقيع وختم الممارس



Notes

- Certificate is valid only if it is signed and stamped by the concerned healthcare practitioner and facility
- Certificate is invalid if any corrections are made, Please scan QR Code for checking details.
- Certificate is issued at patient's request.
- Certificate must be submitted to patient's organization within 7 days.
- Document number (QID/Passport no.) should correspond to the patient
- Residents and nationals should provide a QID no. otherwise sick leave is invalid.

Date 29/10/9

New Patient Registration Form

Full Name الحارثي سجاد الزبي الإسم الكامل

Date of Birth 1984/10/11 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation احضانة امه المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55571313 رقم الجوال

Emergency Contact Person 33300254 - أمي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 1 رقم المنطقة 53 رقم الشارع 620 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 039750

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: الحارثي سعود الزهر

التاريخ: ٢٠٢٦ / ١٠ / ٩

ملف رقم: 039750

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28463400122 الرقم:

D.O.B. 11/10/1984 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 12/11/2033 الصلاحية:



الإسم: الجازي سعود عبدالله مدلاج الزعبي

Name: ALJAZEY SAOUD A M AL-ZOABI

منطقة 53 - شارع 620 - مبنى 1

العنوان:

113316072E4CA127

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

