

- first marriage for both



File No.: 039811

Nationality: Q

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039811  
Name: ALJAZI MUBARAK ALHAJRI  
QID No: 29563403336 Sex: Female  
Mob: 66757677 ADDRESS: ALWAAB

Age: 29 yrs

Marital Status: 10 months

Spouse's Name: Nasser Saeed Alhajri

Mobile Phone:

Residence Phone:

- 31 yrs  
- not  
- smoker  
- healthy

### SYMPTOMS:

- She wants to conceive  
- no symptoms sugg. PCO, regular  
S.R 3-4 /WK.

Medical History: medically free P.H. none F.H. MCDM.

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs L.N.M.P 2-10-24  
Menstrual Habits: regular - last for 5 days every month.  
Menstrual Symptoms: as 3 & dysmenorr. Menopause:  
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



### EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 61.9 Kg BMI 23.8 Kg/m<sup>2</sup> Bp 110/80 mm Hg  
cooperative - slim, normal ♀  
Look.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD

Breasts:

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not indicated.

### Investigation Requested:

- For folliculometry D next period  
- SFA to exclude ♂ factor.

Diagnosis:

Δ Primary infertility for investg.

Plan of Management:

Pt reassured. Concept of  
conception explained & put in plan.

Next Appointment:



Date 17/10/24

**New Patient Registration Form**

Full Name aljazi mubarak alhajri الإسم الكامل

Date of Birth 10/sept /1995 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ..... المهنة

I.D Number 29563403336 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ~~887~~ رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66757677 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 039811

## 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: الجازي مبارك الهاجري

التاريخ: 17 Oct. 1995

ملف رقم: 039811

التوقيع:



State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29563403336

الرقم:

D.O.B. 10/09/1995

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

29/05/2033

الصلاحية:



الاسم: الجازي مبارك كليفيخ خالد الهاجري

Name: ALJAZI MUBARAK K K ALHAJRI

منطقة 53 - شارع 439 - مبنى 18

العنوان:

Serial No:

113316067626A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

