

شفا حسن



File No.: 039047

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039047
Name: ALMAHA ALI ALMOHANDI
QID No: 29563403546 Sex: Female
Mob: 77077570 ADDRESS: ALGHARAF



Age: 28 yrs

Marital Status: Single

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Received inj in ur-H / clo dysmenorrhea → yesterday
want to do all

Medical History:

P.H.

F.H.

DM
HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 62 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 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 uls ArFutem ET Imm
Numb rt sving it not fem excessive
Gusses

R

28/11/20



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

Ref No. / Order Id : 20110953

Date : Jun 12, 2024

Dr. LEILA H MEDICAL CENTER

Patient Details

بيانات المريض

QID / Passport No.

29563403546

رقم البطاقة الشخصية جواز السفر

Name

ALMAHA ALI IBRAHIM AL-MUHANNAI

الاسم

Place of Work

MINISTRY OF DEFENSE

مكان العمل

Primary Diagnosis :

التشخيص المبدئي:

PREMENESTRUAL SYMPTOMS WITH DYSMENORRHEA

Unfit For (2) day(s)

غير لائق لمدة (2) يوم أيام

From 12/06/2024 to 13/06/2024

من 12/06/2024 إلى 13/06/2024

Practitioner Details

بيانات الممارس

Name

Ebetsan Abdellah Eltayib Elsheikh

الاسم

Licence No.

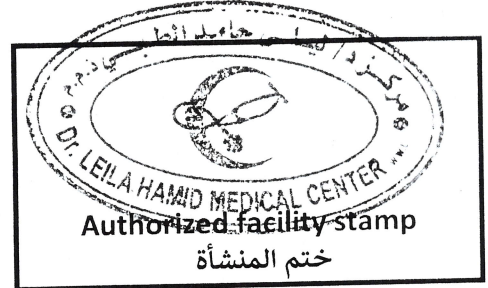
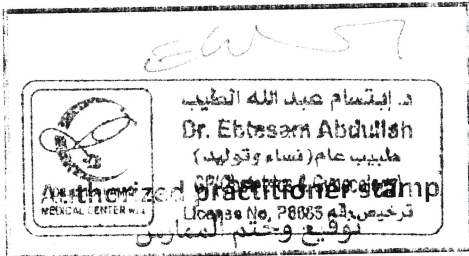
P6685

رقم الترخيص الطبي

Scope of Practice

General Practitioner (Obstetrics & Gynecology)

نطاق العمل



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 12 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name almaha ali almukannadi الإسم الكامل

Date of Birth 26 - 09 - 1995 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29563403546 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 77077570 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 4 Zone No. 51 Street No. 825 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 039047

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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: د. عاتق الحمدي

التاريخ:

ملف رقم: 039047

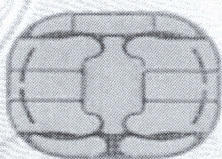
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29563403546

تاريخ الميلاد: D.O.B 26/09/1995

الجنسية: Nationality: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 14/02/2034



الاسم: المها علي ابراهيم الابراهيم المهندي

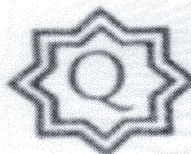
Name: ALMAHA ALI I A AL-MUHANNADI

العنوان: منطقة 51 - شارع 825 - مبنى 4

الرقم المسلسل: Serial No: 1114FA171C6BA12A

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

Prescription

وصفة طبية

No

12 JUN 2024

Date:

Patient's name:

Almaha ALI

التاريخ:

File No.:

039047

إسم المريض:

Age:

28/10

رقم الملف:

العمر:

Rx

Activated charcoal

1 X 2 X 2 wk

Doctor's signature:

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