



File No.: 039291

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039291
 Name: ALMAHA MUBARAK ALHAJRI
 QID No: 28963403659 Sex: Female
 Mob: 31132222 ADDRESS: ALOWLOA



Age: 35 yrs

Marital Status: 6 yrs

and's Name: Jassim Tabor Al-hani

le Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

c/o vulval itching + whitish vaginal
 odor less discharge / 1 wk. wants to check
 IF she need Perineal repair. wants ovulation
 induction only for twin pregnancy advised & counselled but insist
 Medical History: Medically Free P.H. G-Sleeve 2022 F.H. D.m, HTN, mtdw

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y.S L.N.M.P 14-7-24
 Menstrual Habits: Regular every month - 5-6 days
 Menstrual Symptoms: NA symptoms Menopause:
 Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 2022

♀ 1 ♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 67.3 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
 well - Carpenter

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Flat & lax both labia majora
 Bimanual Exam. wide introitus & mucosal groove at
 Episiotomy site - small cystocele - NO
 Rectal Exam. uterine descent - minimal yellowish vaginal discharge
 healthy cx

Investigation Requested:

TVS 2- RVT uterus ET = 12 mm - Both ovaries
 low reserve - No FFCDs

Diagnosis: vaginal discharge suggestive of B-V - Ovulation induction
 on patient request for social reason (Husband)
 All risk explained (OHSS)

Plan of Management: NuvaRing gel + Tamoxifen + S-R during
 ovulation window

Next Appointment:

Date 31 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل 12121212121212121212

Date of Birth تاريخ الميلاد 1989 / 2 / 6

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية 28963403659

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال 31132222

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية 24 رقم المنطقة 66 رقم الشارع 104 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 استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض ☐

Signature التوقيع

File Number 039291



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: الحما عمار «الهاج»

التاريخ: ٢١-٧-٢٠٢١

ملف رقم: 039291

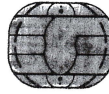
التوقيع :



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 28963403659

تاريخ الميلاد: D.O.B: 06/02/1989

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 01/09/2029



الإسم: المها مبارك كليفيخ خالد الهاجري

Name: ALMAHA MUBARAK K K ALHAJRI

منطقة 53 - شارع 439 - مبنى 18

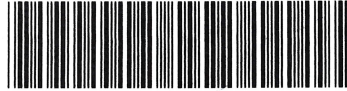
العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

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.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

31 JUL 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Almaha mubarak اسم المريض:

File No.: 039291 رقم الملف:

Age: 35 yrs / 35 years العمر:

Rx

Nuvessa gel (2)

٢٠٠٠ ملليجرام ٢ مرّة

٢٠٠٠ ملليجرام ٢ مرّة

Tamoxifen 20 mg

٢٠ ملليجرام ٢ مرّة

٢٠ ملليجرام ٢ مرّة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523