

first marriage for him
2nd marriage for her
[stay < 1 month together]



File No.: 038951

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038951
Name: ALYA BAKHIT MAHMEED
QID No: 29863400921 Sex: Female
Mob: 55195666 Address: ALSILIYA

Age: 26 yrs -
Marital Status: 2 months
s Name: MOHAMMAD HAMAD ALMARAI
Residence Phone: 23 7-3

SYMPTOMS:

presented to delay ed period / as she said - not smoker - healthy
check if she is pregnant or not.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 10 yrs -
Menstrual Habits: regular - last for 7 days - every month - L.N.M.P 30-4-24
Menstrual Symptoms: as mild dysmenorrhea - Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB

EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 83.6 Kg BMI 30.4 Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
obese, cooperative, facial & generalized body acne.

Chest, C.V.S. NAD
Abdomen: obese, soft.
Breasts: well developed. no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.
Bimanual Exam.
Rectal Exam. not indicated.

Investigation Requested:

5. B. HCG -ve
A/F small ut & no G.I.S. a non-funct. ovaries
Rt - cold follicle Lt - seen a difficulty with A/F

Diagnosis:

Delayed period, ? early preg

Plan of Management:

to repeat U/S 10 days

Next Appointment:

Date 30 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name علي د خنتي حمد الاسم الكامل

Date of Birth 14 / 3 / 1998 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 398634 00921 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) لا يوجد رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55195666 رقم الجوال

Emergency Contact Person 66580666 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية 111 رقم المنطقة 55 رقم الشارع 111 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 038951



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.

ayya bakhit mahmeed

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 30 / 5 / 2024

ملف رقم: 03 8951

التوقيع:

د/ ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29863400921 الرقم:

D.O.B. 14/03/1998 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 06/05/2033 الصلاحية:



الإسم: علياء بخيت حمد محسن محميد

Name: ALYA BAKHIT H M MAHMEED

منطقة 55 - شارع 1047 - مبنى 68

العنوان:

11311307545CA127

الرقم المسلسل:

Serial No:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

