

2nd wife 1st 5 children
4 1st
1 2nd 4910



File No.: 039198

Nationality: ERIT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039198
Name: BATUL MOHAMED SAEED
QID No: 28908000086 Sex: Female
Mob: 55814622 ADDRESS: ALRAYAN



Age: 34⁺ y.o

Marital Status: 8 years.

and's Name: Osman Ahmed Khair.

le Phone:

Residence Phone:

45, healthy, non smoker

SYMPTOMS:

want to conceive, R (IVF) due to tubal block, had failed IVF in 2022.

Medical History: Known case of hypothyroidism on thyroxin 50

P.H. no PH of surgery and not sensitive to any drugs.

F.H. no F.H. of chronic illness

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 years

L.N.M.P 20-6-24 pm.

Menstrual Habits: regular, lasting 5 days every month.

Menstrual Symptoms: mild pain

Menopause:

Parity: P 1 Abortion 0

Ectopic LCB 25-3-2019

♀ 1 ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 82.7 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Intelligent, normal female build, looks her age, Coop

Chest, C.V.S. Short murmur aortic

Abdomen: NAD

Breasts: well developed

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. Not done

Rectal Exam.

Investigation Requested: Small AUF ut. & GR endomet. 6mm, Rt

ov. nls neds. Ht & apt 3cm Ø

Diagnosis: 2ary IUF, ? tubal factor

Plan of Management:

Next Appointment:

جوبالقا - واكل الجبل + قرايا



Date 10 / 07 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name ليلى حميد سعيد الإسم الكامل

Date of Birth 1989 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 28908000086 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55814622 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55814622 رقم الجوال

Emergency Contact Person عبدالقوي حميد سعيد أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55814622 رقم هاتف

Address: Building No. 53 Zone No. 543 Street No. 10 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 Bf التوقيع

File Number 039198

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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: **بثول محمد سحر**

التاريخ: **10-7-24**

ملف رقم: **039198**

التوقيع: **[Signature]**

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

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28908000086 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 23/12/1989 تاريخ الميلاد:
Expiry: 28/06/2026 الصلاحية:
الجنسية:
Nationality: ERITREA
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: بتول محمد سعيد صالح

Name: BETUL MOHAMMEDSIED SALIH

Passport Number: K0589801
Passport Expiry: 25/08/2027
Serial No: 31228908000086
Residency Type: عقلية
Employer: عثمان احمد كير فريج
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممثل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

BETUL

