



File No.: 039492

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039492

Name: DANA MOHAMED ALSHARQI

QID No: 29763401132 Sex: Female

Mob: 66127877

ADDRESS: UM ALSALEEM



Age: 27y/o

Marital Status: NTS

d's Name: Jobir Hamad Hamad

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Came for contraception counselling
- Not sure of pregnancy interval or Family Trinit
Not last day - counsellor on COCs (pills & Patches)
LARC (implant & IUD)

Medical History: medically Free P.H. Appendectomy F.H. HTN Fdh

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

Menopause:

LCB

♀ 1

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 60.3 Kg BMI 25.8 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:

Date 31 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name د. ليلي حامد الشرفي الإسم الكامل

Date of Birth 10-4-1997 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29763401132 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66127877 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 488 Zone No. 4 Street No. 11 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 039492

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: د. ن. ح. ح. ح.

التاريخ: 8-2024



ملف رقم: 39492

التوقيع:

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29763401132

تاريخ الميلاد: D.O.B. 10/04/1997

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 23/06/2034



الإسم: دانه محمد صالح جابر الشرقي

Name: DANA MOHAMMED S J ALSHARQI

منطقة 70 - شارع 455 - مبنى 24

العنوان:

1116F9161450A12A

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.م.
تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

Prescription وصفة طبية

No

Date:

31 AUG 2024

Patient's name:

Dana Mohamed

التاريخ:

File No.:

039492

إسم المريض:

Age:

27yrs

رقم الملف:

Contraception

العمر:

Rx

Evra Patches

4

Doctor's signature:

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