

- first marriage for marriage.



File No.: 039325

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039325

Name: DHABIA SALIH ALI ALMARRI

QID No: 29563402517

Mob: 33744501

Sex: Female

ADDRESS: MEKINIS



Age: 29 yrs

Marital Status: 3 yrs

Spouse's Name: Jaber Salih Almarri

Mobile Phone:

Residence Phone:

33 yrs
- not smoker
- healthy
- "psy" chat problem

SYMPTOMS:

- She wants to conceive
there is abnormal hair distribution + facial acne.
- not on contraception for the last 8 months.
- regular S-R 3/wk, "rapid ejaculation"
Medical History: medically free P.H. Non F.H. FCDM).
5-7-24

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P 28-7-24 Dg.
Menstrual Habits: regular - last for 5 days every month.
Menstrual Symptoms: ass a mild dysmenorrhea.
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 2 $\frac{10}{12}$ %
NVD, a/w



EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 78 Kg BMI Kg/m² Bp 120/ mm Hg
cooperative, over wt & facial acne 70

Chest, C.V.S.

Abdomen:

NAD

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

not done.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

non.

Diagnosis:

A 2ndary infertility.

Plan of Management:

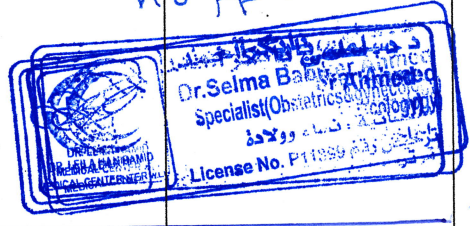
for folliculometry D₁₂ ± SFA

Next Appointment:

Name: DHABIA salih

File Number: 039325

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
8-8-24 78-2 110/70	28-7-24 ^{AM} D12	—	grade A 5-7mm	no leading only 10-7mm no FFCDs.	no leading
4/9/24 110/70 78-8/9.	28/8/24 D8	-femara 1x1x5 -progyloten 1x3x3½	grade A 7-4mm	no leading no FFCDs	one leading 10.3mm.
8-9-24 78-1 110/70	D12	T. clomide 50mg 1x2x2½ T. Progyloten 1x3x3½	grade A 7.9mm	no leading	no leading. (rubturned) + FFCDs.



Notes:

08 AUG 2024 SFA requested. she given ovul. Stimulent + endo. support from D₂ next Period. for CT
for clomide 50mg 1x2x2½ + Progyloten 1x3x3½. α CT D₁₂.
08 SEP 2024 for endo. support + S.R today α tomorrow



Date 5/8/2024

New Patient Registration Form

Full Name طبيب صالح الري الإسم الكامل

Date of Birth 20-7-1995 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالب المهنة

I.D Number 29563402517 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33744501 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66887092 رقم هاتف

Address: Building No. 78 Zone No. 82 Street No. 6666 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 DH التوقيع

File Number 039325

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: طبيبة المري

التاريخ: 5-8-2024

ملف رقم: 039328

التوقيع:

د. سلمى بابكر احمد
Dr. Selma Babiker Ahmed
Obstetrics & gynecology
License No. P11399

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29563402517

الرقم:

D.O.B. 20/07/1995

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

27/07/2034

الصلاحية:



الإسم: ظبييه صالح على ال مشروم المرى

Name: DHABYA SALEH A A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 331 - مبنى 133

العنوان:

Serial No:

111112064E3EA127

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 ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

08 SEP 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Dhabia Salih اسم المريض:

File No.: 039325 رقم الملف:

Age: 29 years A 2ndary infertility العمر:

Rx

Duphaston tabs 10mg
حب ١٠ ملغ ٢ مرر
ل ١٤ يومين

Doctor's signature:

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



وصفة طبية *Prescription*

No!

04 SEP 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Dhabia Salih : إسم المريض

File No.: 039325 : رقم الملف

Age: 29 yrs Δ 2ndary infertility: العمر:

Rx

clonidine tabs 50mg. (5)

Γ áp dụng lại trên áp

procytoton + abs (11) $\vec{e}e$, $\vec{e}e$, $\vec{e}e$

[illegible]

Doctor's signature:

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