



OBSTETRIC REFERRAL LETTER

To : wwrc "dbs."
 From : Dr. Leila Hamid Medical Center
 Patient : DOAA AWAD MOHAMMED

Is G 2 P 0 Abortion 0

Pregnant 8 weeks.

Pregnancy ☐ Normal

☐ Low Risk

☒ High Risk

Emcis due to fetal distress

clo = vag - spotting +
 bft abd. swelling.

o/c not pale
 - vitals → OK

- G D PH of GDM
 + PIH
 - Hypertension

- Others appendectomy
 + Tonsilectomy
 + CIS

- abd. Referred To:

solid subcutaneous lt
 abd. mass = 8cm x 8cm
 not tender; subcutaneous
 hematoma

☒ For Booking to OPD

☒ ER

* chicken pox one month ago

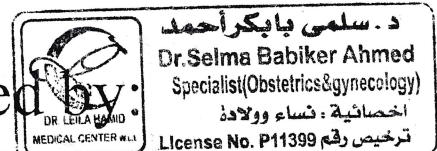
* PH of GDM
 & PIH

* developed infected wound
 & septicemia in first delivery at January 2024
 admitted 3wks.

- referred for your kind
 care for further assess
 & management please

Referred by:
 Doctor

Date : 3.1 AUG 2024





Date 31 / aug / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Doaa Awaad Abdalrhman Mohamed الإسم الكامل

Date of Birth 12/10/1993 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Lab technologist المهنة

I.D Number 29373602115 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55775483 رقم الجوال

Emergency Contact Person husband أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55099390 رقم هاتف

Address: Building No. 25 Zone No. 4b Street No. 917 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 [Signature] التوقيع

File Number 039493



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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: Doaa Awad Mohamed

التاريخ: 31/8/2024

ملف رقم: 039493

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29373602115 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 12/10/1993 تاريخ الميلاد:
Expiry: 07/05/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:
Nationality: SUDAN
Occupation: تقنية مختبر المهنة:



الاسم: دعاء عوض عبدالرحمن محمد

Name: DOAA AWAD ABDALRHMAN MOHAMMED

Passport Number: P08351981
Passport Expiry: 08/09/2031
Serial No: 30629373602115
Residency Type: عمل
Employer: مؤسسه الرعاية الصحية الاولى
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

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

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. ليلي حامد الطبي د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

31 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Doaa Mohammed اسم المريض:

File No.: 039493 رقم الملف:

Age: 33yr Δ early pregnancy العمر:

Rx

Duphaston tabs 10mg

2 tabs 3 times a day

Doctor's signature:

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