



File No.: 039406

Nationality: SYR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039406

Name: EMAN OBAID ALNAJM

QID No: 28476003987

Sex: Female

Mob: 66166089

ADDRESS: ALSILYA

Age: 39⁺ y.o

Marital Status: 19 yrs.

and's Name: Jasir Noor Alnasser - 43 years.

le Phone:

Residence Phone:

- hypertensive
on treatment
- not smoker**SYMPTOMS:**

- want to conceive, Delayed period for 5 wks, received duphaston complete it before 10 days and no withdrawal. BHCG -ve before 15 days. "1st and 2nd" pregnancy normal conception, third and forth induced.

Medical History: Non

P.H. 4 c/s

F.H. DM (M)

cholecystectomy - (1.2024)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 years

L.N.M.P 12.07.24

Menstrual Habits: irregular, lasting 3 days.

Menstrual Symptoms: Mild pain

Menopause:

Parity: P IV Abortion I

Ectopic

LCB 24.09.2018

♀ II

♂ II

all E/S, aw

(4 months Eac)

EXAMINATIONGeneral Examination: Ht. 161 cm Wt. 86.3 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

non educated, coop, extensive linea albae all over her body

Chest, C.V.S. N/A

Abdomen: scars of CS nicely done

Breasts: not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex of nulli, pin point os, vagina relaxed.

Bimanual Exam. vaginal walls, introitus fine.

Rectal Exam. adnexae free

Investigation Requested: AUF-ut e poor and met GAB 6ml

ovans / Rt → NIS Nuch

Lt + Ovarian cyst + clear fluid N-doppler 3x2x2 cm

Diagnosis:

2ary INF for investigation

Plan of Management:

- SFA

- HSG

Next Appointment:

TA
4
TV



Date 19 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name أيمان أكبر النجم الإسم الكامل

Date of Birth 1986 / 8 / 8 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 986764987 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 7777789 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 7777789 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. 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 039406

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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: أ. هـ م

التاريخ: ١٩ / ٨ / ٢٠٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٤٥٦

التوقيع: أ. هـ م

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28476003987
D.O.B.: 09/08/1984
Expiry: 23/12/2024

الرقم الشخصي:
تاريخ الميلاد:
الصلاحية:
الجنسية:



Nationality: SYRIA
Occupation: ربة منزل

المهنة:
الاسم: إيمان أحميد النجم

Name: IMAN OBAID ALNAJIM

Passport Number:

N015558199

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

18/06/2028

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

30128476003987

الرقم المسلسل:

Residency Type:

عائلية

نوع الرخصة:

Employer:

جاسر نوري النجم

المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

أيمان

