



File No.: 039162

Nationality: PAK

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039162
Name: FATIMA NOOR HASHIM ARSALA
QID No: 28805000050 Sex: Female
Mo: 55242459 ADDRESS: ABU SIDRA



Age: 35 y.o.
Marital Status: 13 yrs.
Husband's Name: Yassin Iset Elias 1981
Phone: Healthy
Residence Phone: non smoker

Husband 31557700

SYMPTOMS:

Seeking for pregnancy, last delivery 2 years ago, not on Contraceptive.
1st C/S due to breech, last Four VBAC, third one IUFD (2017),
at nine month (not know the cause). Last 3 pregnancies was on Heparin
had 3 Misscarriages and evacuated surgically in all.

Medical History: Not Known to be Diabetic, hypertensive, PH. No PH of surgery F.H. DM, HTN
as Asthmatic except C/S Bandic (Mother's side)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 years, 7 days, L.N.M.P. 2.7.2024 AM
Menstrual Habits: mild dysmenorrhea, regular, each 28 days.
Menstrual Symptoms: Menopause:
Parity: P 5 Abortion 3 Ectopic LCB 2022

♀ 1 ♂ 4

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 58.5 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Slender, coop.

Chest, C.V.S. clear

Abdomen: clear

Breasts: —

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. menst mature

Rectal Exam.

Investigation Requested:

not indicated

Diagnosis: 2 day INF for investigation

SFA

Plan of Management:

C.T 13/7

Next Appointment:

Name:.....FATIMA NOOR HASHIM ARSALA.....

File Number:.....039162.....

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
13-7-24 58 100/70	2-7-24 AM D12	—	grade A 8-6mm small fundal fibroid 1.5 x 1.5cm	one leading 18-6mm no ffcDs	no leading only small follicles



Notes:

13 JUL 2024 given ovatrille 1mg. 250mg SLC +
endo. support + S-R regulation.
* her husband put on motility Max +
Folic Acid and advised to consult andrologist.



Date 4 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name خاتمه حاتم الاسم الكامل

Date of Birth 22-10-1988 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظف المهنة

I.D Number 28805000000 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55242459 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 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 039162



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.

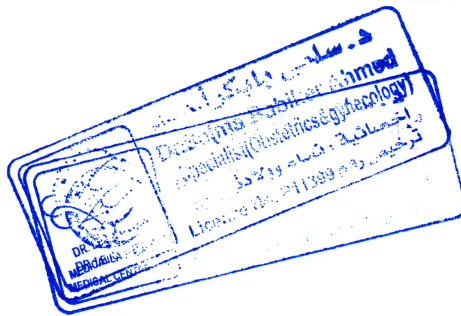
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 13/7/24

ملف رقم: 039162

التوقيع:



Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.

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: **فاطمة نور حاسم**

التاريخ: **4-7-2024**

ملف رقم: **039162**

التوقيع: **د. ليلى حامد**



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28805000050

الرقم الشخصي:

D.O.B.: 22/10/1988

تاريخ الميلاد:

Expiry: 11/12/2024

الصلاحية:

باكستان

الجنسية:

Nationality: PAKISTAN

Occupation: ربة منزل

المهنة:

الاسم: فاطمه نور هاشم ارسلان



Name: FATIMA NOOR HASHIM ARSLAN