



File No.: 039496

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039496
Name: FATIMA HEZAM ALKURBI
QID No: 30263402089 Sex: Female
Mob: 50502010 ADDRESS: ABU SIDRA

Age: 22 yrs.
Marital Status: Single
s Name: _____
ione: _____ Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

she well get married after 1 month, she did not want to conceive in the 1st six months - and ask if can use contraception??

Medical History: hypothyroid on thyroxine 50- P.H. Non F.H. DM (M&F) hypothyroid (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years. L.N.M.P 15.8.24
Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 7 days -
Menstrual Symptoms: mild to moderate pain Menopause: _____
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 52.8 Kg BMI Kg/m² Bp 100/60 mm Hg
multigravida, normal look. normal built

Chest, C.V.S. NA

Abdomen: NA

Breasts: normal looking

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: Gynae check up for contraceptives after marriage - short term Rx

Next Appointment:

Date 1 / 9 / 24

New Patient Registration Form

Full Name طالبة - حزام الكريه الإسم الكامل

Date of Birth 3-6-2002 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 30263402089 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50502010 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 72 رقم المنطقة 55 رقم الشارع 652 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 039496



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.

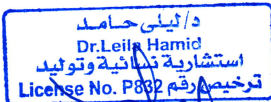
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: سائلة هادي اكره

التاريخ: ١٠٩٠٢٠٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٤٩٦

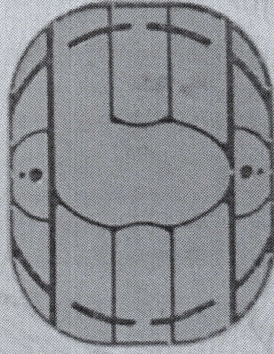
التوقيع:



State of Qatar ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم:

ID. No: 30263402089

تاريخ الميلاد:

D.O.B. 03/06/2002

الجنسية:

قطريه

QATAR /

Nationality:

الصلاحية:

23/10/2031

Date of expiry:



الإسم: فاطمه حزام عبدالله محمد الكربي

Name: FATIMA HEZAM A M AL-KURBI

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

وصفة طبية Prescription

No

01 SEP 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Fatima Hazam اسم المريض:

File No.: 039496 رقم الملف:

Age: 27 years A For contraception العمر:

Rx

Omeprazole Tabs

٥٠٠ يومياً صباحاً

Yasmin CoCs (21)

٥٠٠ يومياً في وقت النوم

من خامس يوم الدورة لمدة ٢١ يوم

يكرر كل شهر

د. ل.

Doctor's signature:



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