

Period 9/7



File No.: 039502

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039502
Name: GHADA NASSER SALIH ALMA
QID No: 30163405746 Sex: Female
Mob : 33803300 ADDRESS: MAEZER

Age: 23 yrs

Marital Status: 1 yr 7 months

Spouse's Name: Hamad Ali Almarri

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

No intermenstrual spotting
in previous months from D₅ 2 days then

Medical History:

P.H. 4532/5

F.H. DM

HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 yrs

Menstrual Habits: Regular monthly for 7-6 days

Menstrual Symptoms: None

Parity: P 1

Abortion 0

Ectopic

LCB 8/12

♀

1

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 156 cm Wt. 50.6 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Looks well thin

Chest, C.V.S.

/ N/A

Abdomen:

Breasts:

None

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

T-rals A/E uterus GT 12.5mm
leading follicle 16mm N/A R/Ovary

Diagnosis:

N/A

Plan of Management:

Ovulation

Next Appointment:

5/11



Date 1/9/24

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 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

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 039502

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلي 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: غادة ناصر

التاريخ: 1/9/2024

ملف رقم: 039502

التوقيع: غادة



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30163405746

الرقم:

D.O.B. 09/09/2001

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

12/02/2032

الصلاحية:



الاسم: غاده ناصر صالح ال درعه المرى

Name: GHADA NASSER S A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 825 - مبنى 28

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

غاده



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: Ghada Nasser اسم المريض:

File No.: 039502 رقم الملف:

Age: 23ys العمر: 23 years
Infemenshul bleeding

Rx

Duphaston tab BD x 10 days

Doctor's signature:



د. ابتسام عبد الله الرحيب
Dr. Estesam Abdulrahman
طبيب عام (نساء وتوليد)
GP (Obstetrics & Gynecology)
ترخيص رقم P6685 License No. P6685

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