



File No.: 039135

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039135
Name: HASNAA SALEM ALHAJRI
QID No: 29563405184 Sex: Female
Mob: 55563243 ADDRESS: BANI HAJER



Age: 28 yrs

Marital Status: 7 yrs

and's Name: Hamad Saeed Alhajri

le Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

irregular Period + Want's to
Conceive. 3 Previous Spontaneous Pregnancy.

Medical History: - Iron deficiency anaemia, P.H. Not Scribed F.H. NA Scribed
- PCO

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y-5 L.N.M.P 22-5-24
Menstrual Habits: irregular Period 50-60 days 6 days
Menstrual Symptoms: Not Scribed Menopause:
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic LCB 3 Y-5

♀ 2 ♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 92 was 70 kg when got married
obese, coop, non educated Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD - No galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not done

Rectal Exam.

Investigation Requested: AUF wt & GA endomet 8 mm Rt ov

NIS Medico

D41 Lt ov. - 5 follicles 2 or 3

Diagnosis: Oligomenorrhoea ? PCOD 42 day LNF

Plan of Management:

advised wt reduction

D2 FSH, LH
± progestin

Next Appointment:

Glucose.

Date 1 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name حسنة سالم مطلق الهاجري الاسم الكامل

Date of Birth 8-12-1995 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation أعطي من إدارة الشؤون التربوية والتعليم والعلم العالي - سكرتيرة المهنة

I.D Number 29563405184 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 555 63 243 رقم الجوال

Emergency Contact Person أخت 5585 0320 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 / أقارب وأصدقاء

☒ 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 039135

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: حسنة سالم هطلق الهاجري

التاريخ: 1-7-2024

ملف رقم: 039135

التوقيع: [Signature]

د. ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29563405184

الرقم:

D.O.B. 08/12/1995

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

07/09/2031

الصلاحية:



الإسم: حسنه سالم مطلق سعد الهاجري

Name: HASSNA SALEEM M S AL-HAJRI

منطقة 51 - شارع 1233 - مبنى 30

العنوان:

4354A30F1828247E

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

