



File No.:

038974

Nationality:

Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038974

Name: HAYA MUBARAK ALHAJRI

QID No: 30263401664

Sex: Female

Mob: 31684139

ADDRESS : BANI HAJER



Age:

22 yrs

Marital Status:

6 months

band's Name:

Zayed Alkhayarein

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Delayed Period - used to have
irregular period since menarche - No excessive
Endometrial pain or ache or abnormal nipple discharges

Medical History:

moderately Free

P.H.

N/A Spontaneous

F.H.

Dm mother
HTN Father**MENSTRUAL HISTORY:**

Menarche:

16 X-5

Menstrual Habits:

1x Regular every

L.N.M.P

24-4-24

Menstrual Symptoms:

N/A Spontaneous

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB

**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 165 cm

Wt. 54

Kg BMI

Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

well - co-operative

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

No galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

/ NAD

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

TVS
RT ovaryA/F uterus thickened endometrium ET = 12-8
Follicular cyst 2.5 cm x 2.6 cm - small Lt ovary
No FFCDs - BHCG -ve

Diagnosis:

Dysmenorrhea for work up

Plan of Management:

D₂ hormones after m-cycle induction.

Next Appointment:



Date 2 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name صباح سالم الحامدي الاسم الكامل

Date of Birth 15/2/2002 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number 30263401664 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 31684139 رقم الجوال

Emergency Contact Person 31684139 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number - رقم هاتف

Address: Building No. 105 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) / تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 038974



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: هيا صبارك الجاهري

التاريخ: 2\6\2024

ملف رقم: 038974

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30263401664

الرقم:

D.O.B. 07/05/2002

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

16/04/2033

الصلاحية:



الإسم: هيا مبارك سالم النويمي الهاجري

Name: HAYA MUBARAK S A ALHAJRI

منطقة 53 - شارع 567 - مبنى 101

العنوان:

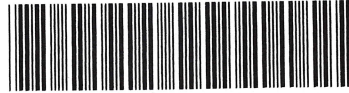
4353730146142482

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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

التاريخ: 21/6/24 Date:

إسم المريض: Haya mubank Alhadi Patient's name:

رقم الملف: 038974 File No.:

العمر: 25 X - 1 Delayed Period Age:

Rx

Proclate N tabs 5mg
حب ٥ مل ٢ مرة صباحا
٢٠٠ @ ٢٠٠

Doctor's signature:

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