



File No.: 039717

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039717
Name: HAYA JAMAAN ALGHAHTANI
QID No: 29263400630 Sex: Female
Mob: 33682866 ADDRESS: RAYYAN

Age: 31 yrs

Marital Status: 1 yr

Spouse's Name: Saif Mahdi Alghahtani

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

not lactating post NVD of 2-2 kg
16/6/24 - used coc - want to do
checkup

Medical History:

P.H.

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 yrs

L.N.M.P

18/9/24

Menstrual Habits:

Regular Monthly For 7-8 days

Menstrual Symptoms:

Numb

Menopause:

Parity: P

Abortion

Ectopic

LCB

16-6-24

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 143 cm Wt. 67.2 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Looks well & No acne

Chest, C.V.S.

/ NAD

Abdomen:

Breasts:

Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ not want

Investigation Requested:

Abdus AVE uterus ET 5mm

both ovaries Normal excessive

Diagnosis:

Cases -

Plan of Management:

- Gynae checkup

Next Appointment:



Date 27 / 10 / 24

New Patient Registration Form

Full Name هيا محمد القمطاني الإسم الكامل

Date of Birth 1995 / 11 / 5 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظف ادخلي المهنة

I.D Number 29263400630 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 336 828 66 رقم الجوال

Emergency Contact Person الأم أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 5544 9924 رقم هاتف

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

رقم البناية 119 رقم المنطقة 53 رقم الشارع 482 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 039717



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: لهيا محمد القمطاني

التاريخ: ٢٠٢٤ / ١٠ / ٢

ملف رقم: 039717

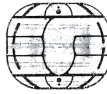
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29263400630

تاريخ الميلاد: D.O.B: 05/11/1992

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 18/07/2030



الاسم: هيا جمعان سليمان فهد القحطاني

Name: HAYA JAMAAN S F AL-QAHTANI

منطقة 53 - شارع 482 - مبنى 119

العنوان:

Serial No: 44539114092A2431

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

