



File No.: 039786

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039786
Name: HEBA MOHAMMED HASSAN
QID No: 29473603329 Sex: Female
Mob: 71020804 ADDRESS: RAYYAN

Age: 30 yrs

Marital Status: 4 yrs

band's Name: Abdulkaleem Fatahrahman

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

N.V.D. 5/6/24 ♂ 2.7kg.
- mainly Breast feeding only once/day some
time bottle feeding
no v. discharge + pain + constipation

Medical History:

GDM

PH.

F.H. DM + HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity:

P

2

Abortion

0

Ectopic

LCB

5-6-8

♀

♂

2

all NVD
EXAMINATION

General Examination: Ht. 168 cm

Wt. 72.7 Kg BMI

Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

R



Date/...../.....

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 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 039786

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: صه صه

التاريخ: ١٢ / ١٠ / ٢٠٢٤

ملف رقم: 039786

التوقيع: صه



صه

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29473603329 الرقم الشخصي:
D.O.B: 18/12/1994 تاريخ الميلاد:
Expiry: 14/05/2024 الصلاحية:
Nationality: سودانية الجنسية:
SUDAN



Occupation: (المهنة): (اختصاصية احصاء) احصائية

الاسم: هبة محمد حسن محمد

Name: HIBA MOHAMMED HASSAN MOHAMMED

Passport Number: P06462489
Passport Expiry: 04/12/2024
Serial No: 30129473603329
Residency Type: عمل
Employer: بلوسام صالونات التجميل

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

