



File No.: 039755

Nationality: ①

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039755
Name: HOWAYA ALI ALMARRI
QID No: 27863401718 Sex: Female
Mob: 70022241 ADDRESS: ABU SIDRA



Age: 46 yrs

Marital Status: 30 yrs

Name: Nasser Hamad Albraidi

Residence Phone:

SYMPTOMS:

irregular periods / 2 years, every 2 months and reduced amount of bleeding and (hypomenorrhea).
also had stress urinary symptoms.

Medical History: Non

P.H. Non apart of F.H. Non
C/S

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 years

L.N.M.P 6-10-2024

Menstrual Habits: irregular for the last 3 years 2 months, lasting 3 days

Menstrual Symptoms: mild pain - continuous Menopause:

Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic LCB 2012

♀

4

♂

3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 102.4 Kg BMI 38.5 Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

obese, looks her age. not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Soft, scars of C/S + Traditional Caesary

Breasts: well developed. no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Cx of multi hypertrophic, bleeding mild

Bimanual Exam. brownish Cx no cyst in vagina & mild to

Rectal Exam. moderate hypert. rectoades

Investigation Requested:

abd. US = A/V normal size uterus, grade B
endo. 7-5 mm. dormant Rt ovary & no reserve. small
left ovary & low reserve - no cyst - no FFCs.

Diagnosis: Hypomenorrhea / Perimenopausal,

Plan of Management: still wants to get a normal one.

Next Appointment: FSH, LH



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

New Patient Registration Form

Full Name هويا علي محمد الإسم الكامل

Date of Birth 17/5/1987 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation كاتب المهنة

I.D Number 298634601718 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 66629978 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 ☐ 55 رقم الشارع ☐ العنوان:

How did you hear about our Center من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☐ Friends & Relatives / أقارب

☐ 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 039755



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: هوياء علي محمد

التاريخ: 9-10-24

ملف رقم: 039755

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 27863401718

تاريخ الميلاد: D.O.B. 17/05/1978

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 18/11/2030



الإسم: هويا علي محمد البريدي المري

Name: HOWAYA ALI M A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 764 - مبنى 35

العنوان:

Serial No: 43445906311247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

