



File No.: 039494

Nationality: ETH

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039494  
Name: JANAT MUZEY HAYLU  
QID No: 27923000647 Sex: Female  
Mob: 33160278 ADDRESS: ALQTA



Age: 35 yrs.

Marital Status: 1 yr.

Name: Yohanis Tsegay Syum

Residence Phone: - 40 years -

not smoker  
- medically Free to Conceive

### SYMPTOMS:

want to do gyne check up and if she need treatment to get pregnancy staying together. for 9 months, no her husband in ethiopia for last 3 month regular S-R = 3-4/wk, (wants to check herself first)

Medical History: Non P.H. Non F.H. Non

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 16 years L.N.M.P 30.8.2024 PM 0,31/8  
Menstrual Habits: regular, each 28 days, lasting 5 days -  
Menstrual Symptoms: severe pain before the period - Menopause:  
Parity: P Abortion 0 Ectopic LCB



### EXAMINATION

General Examination: Ht. 151 cm Wt. 45.9 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 100/70 mm Hg

Skin, Coop, Good arabic.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: palpable Iliac fossa, not tender.

Breasts: normal looking, no galactorrhoea

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex. of nulli e. tiny polyps not touched

Bimanual Exam. 1st degree ut prolapse, menstruating

Rectal Exam. palpable Lt adnexa not tender, ex. uterine - AVE

Investigation Requested: AUF ut of regular contour & normal Endometrium

TA 4 T.V. Rt ov NLS Necha normal reserve

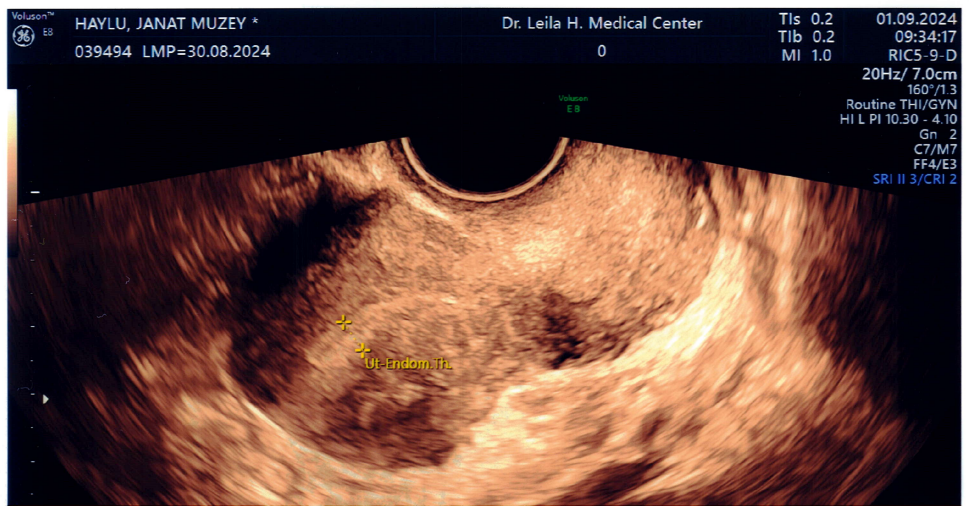
Lt ov. - Endometrial cyst 4.8x4.2x3.5cm Normal

Diagnosis: Gyne check up, Wants to conceive, Lt Endometrial cyst.

Plan of Management:

SFA ?? shy to request it from him

Next Appointment:



Date 1 / 9 / 24

**New Patient Registration Form**

Full Name Genet murey الإسم الكامل

Date of Birth 1979/05/13 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Housekeeping المهنة

I.D Number 279 23000647 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33160278 رقم الجوال

Emergency Contact Person 66108564 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66108564 رقم هاتف

Address: Building No. 23 Zone No. 52 Street No. 852  
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 039494



## نموذج الموافقة المستنيرة

### موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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.

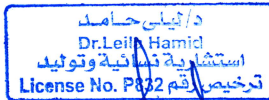
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: Genet

التاريخ: 24-9-1

ملف رقم: 039494

التوقيع:



State Of Qatar  
Residency Permit



دولة قطر  
رخصة إقامة

ID.No: 27923000647 الرقم الشخصي:  
D.O.B.: 13/05/1979 تاريخ الميلاد:  
Expiry: 15/08/2024 الصلاحية:  
Nationality: ETHIOPIA الجنسية:  
Occupation: عامل تنظيف عام المهنة:



الاسم: جينيت هاييلو

Name: GENET MUZEY HAYLU

Passport Number: EP2534773  
Passport Expiry: 20/01/2027  
Serial No: 31827923000647  
Residency Type: عمل  
Employer: المسند للخدمات  
مدير عام الإدارة العامة للجوازات  
General Director of the General  
Directorate of Passports

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

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. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥٢ / ٤٤٨١٧٦٥١ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦  
شارع السلام - معيذر الشمالي  
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

## وصفة طبية Prescription

No

التاريخ: 01 SEP 2024  
Date: \_\_\_\_\_  
إسم المريض: JANAE MUZEY  
Patient's name: \_\_\_\_\_  
رقم الملف: 0394 94  
File No.: \_\_\_\_\_  
العمر: 35 yrs  
Age: \_\_\_\_\_

Rx

Doctor's signature: \_\_\_\_\_

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

**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: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
إسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient's name: **JANAT MUZEY**  
رقم الملف: \_\_\_\_\_  
File No.: **0394 94**  
العمر: \_\_\_\_\_  
Age: **35 yrs**

**Rx**

Doctor's signature: \_\_\_\_\_

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