



File No.: 039373

Nationality: _____

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039373
Name: JAWAHER SAAD MENAIKHAR
QID No: 28063400051 Sex: Female
Mob: 55770129 ADDRESS: BANI HAJER



Age: 43 YRS.

Marital Status: 12 YRS.

Spouse's Name: ABDULLA MOHAMMAD ABDULLA

Home Phone: _____

Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

clm prolonged period / 1 month.
Started on 23.7.24 and continued as minimal
spotting till 7.8.24 when it ↑ increased & continued
till now. not on contraception.

Medical History: Asthmatic on ventoline P.H. 2 C/S + abdominoplasty F.H. F + M
inhibitor PRN. + Post-repair (HTN).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs L.N.M.P 23.7.24

Menstrual Habits: irregular, last 5-6 days

Menstrual Symptoms: none Menopause: _____

Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 12 yrs.

♀ 1 ♂ 1 Both C/S, a/w

EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 83.2 Kg BMI 33.2 Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
non-coop., not pale, no pica features.

Chest, C.V.S. N.A.D.

Abdomen: soft, obese, P C/S + abdominoplasty scar

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. _____

Bimanual Exam. _____

Rectal Exam. _____

Investigation Requested:

abd. US, refused T-U-S = A/V normal size
uterus, thin endo. 4-9mm dormant both ovaries &
low reserve. no cyst or AFCDS.

Diagnosis: Δ irregular period for investigations.

Plan of Management: Pt reassured. given to stop bleeding
& regulate period for 3 months. 2 hormonal profile
Next Appointment: requested



Date 13 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Tawaher Saad الإسم الكامل

Date of Birth 28 - 12 - 1980 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 28063400051 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55770129 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55535881 زوجي 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 039373



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: د. سلمى بابكر أحمد

التاريخ: 13-8-2024

ملف رقم: 039323

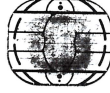
التوقيع: د. سلمى بابكر أحمد



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28063400051

الرقم:

D.O.B. 28/12/1980

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

31/01/2034

الصلاحية:



الإسم: جواهر سعد منيخر منيخر

Name: JAWAHER SAAD M S MENAIKHAR

منطقة 51 - شارع 503 - مبنى 84

العنوان:

Serial No:

11321305307FA127

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. ليلي حامد الطبي د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

13 AUG 2022

Date: التاريخ:

Patient's name: JAWAHER Saad اسم المريض:

File No.: 039373 رقم الملف:

Age: 43yrs. Δ irregular Period For investigation العمر:

Rx

Proquylaton Tabs (21)
حببة يومياً مع فاصلة يوم الدورة
لمدة ٢١ يوم
٢ شهر

Daflon tab, 500mg
حببة كل ٨ ساعات مع تقف
الماء

Doctor's signature:



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