



File No.: 039565

Nationality: JEM

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039565
Name: KHADIJA ABDULLA QASSIM
QID No: 29288600696 Sex: Female
Mob: 66126950 ADDRESS: ALMAMOURA



Age: 32 yrs

Marital Status: 12 yrs

band's Name: Mohammed Murshid Alsalami

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Vulvar Rash -> Rough skin
in PHC area - want to get done
-> Numb

Medical History:

P.H.

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity: P

Abortion

Ectopic

LCB

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 146 cm Wt. 59.7 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

Cyprus check up

Reassured

Today

Date ١٥ / ٩ / ٢٠٢٤

New Patient Registration Form

Full Name خويجه عبدالواحد خفاجم الإسم الكامل

Date of Birth ٨٠ / ١ / ١٩٩١ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number ٢٩٢ ٨٨ ٦ - ٦٩٦ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٦٦١٢٦٩٥ رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية

٤٣

رقم المنطقة

٧٥٦

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 039565

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: خديجة عبد الله

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٩ / ١٠

ملف رقم: ٥٣٩٥٦٥

التوقيع: [Signature]



رقم جواز السفر: 11402118
 تاريخ انتهاء الجواز: 01/11/2028
 السرق المسجل: 31029288600696
 نوع الرخصة: عمل
 المستقدم: المكتب الخاص لسعادة الشيخ عبدالله بن خالد حمد آل ثاني
 Employer: مدير عام الإدارة العامة للجوازات
 General Director of the General Directorate of Passports
 توقيع حامل البطاقة
 Holder's signature




دولة قطر
 رخصة إقامة
 State Of Qatar
 Residency Permit

 ID.No: 29288600696
 تاريخ الميلاد: 01/01/1992
 الصلاحية: 08/09/2026
 الجنسية: يمنية
 المهنة: موظف
 الاسم: خديجة عبدالله محمد قاسم
 Name: KHADEGA ABDULLAH MOHAMMED QASEM


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 ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

Date:	10 SEP 2024	التاريخ:
Patient's name:	Khadija Abdulla	إسم المريض:
File No.:	039565	رقم الملف:
Age:	32 yrs.	العمر: 32 years
Rx	Imulcan gel BD x 10 d	
Doctor's signature:		

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