



File No.: 039201

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039201
Name: LULWA MOHAMMED ALHAJR
QID No: 30363403129 Sex: Female
Mob: 66474848 ADDRESS: RAYYAN

Age: 21 yrs

Marital Status: Single

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

scanty irregular period / on & off
There is abnormal hair distribution + ↑ wt gain.

Medical History: Thyroid problem ?? off tht. P.H. non F.H. non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs L.N.M.P 14-6-24
Menstrual Habits: irregular last for ≥ 1wk, every month.
Menstrual Symptoms: ass 2 mild dysmenorrhea Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 169 cm Wt. 130 Kg BMI 130/90 mm Hg

obese, Coop, oriented, face acne

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: obese, soft

Breasts: well developed. no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not indicated (Single)

Investigation Requested:

normal A/x normal size uterus, ET 6.6 mm grade A
ovaries 2 small follicles, no PCO feature
no cyst - no FFCDS

Diagnosis:

Oligohypomenorrhoea to P10 PCO

Plan of Management:

for polycystin x

TSH 6.4

Next Appointment:

46 Apr 5.7



Date 10 / 07 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name لولوه عمر الهاجري الإسم الكامل

Date of Birth 23-07-2003 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number 30363473129 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) لا يوجد رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66474848 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55255197 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55255219 رقم هاتف

Address: Building No. [15] Zone No. [53] Street No. [988] العنوان:

رقم البناية 15 رقم المنطقة 53 رقم الشارع 988 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 ؟ لولوه

☒ 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 039201



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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.

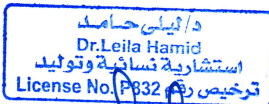
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: لولوه عمار الهاجري

التاريخ: ١٥-٥٧-٢٠٢٤

ملف رقم: 039201

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30363403129

الرقم:

D.O.B. 23/07/2003

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 10/01/2031

الصلاحية:



الإسم: لولوه محمد سعيد الفهيد الهاجري

Name: LOLWA MOHD S A AL-HAJRI

منطقة 53 - شارع 453 - مبنى 14

العنوان:

Serial No:

4353418508182484

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. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: Lulus Mohammed 19 JUL 2024 التاريخ:

Patient's name: _____ إسم المريض:

File No.: 039201 رقم الملف:

Age: 21 years oligomenorrhea for investigation العمر:

Rx

Duphaston tabs 1mg
2 x 2 x 5

من ١٩ يوليو ٢٠٢٤
إلى ٢٥ يوليو ٢٠٢٤

Doctor's signature: _____

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