



File No.: 039665

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039665
Name: LULWA MASOUD ALAAMRI
QID No: 29663404797 Sex: Female
Mob: 50253123 ADDRESS : R/ALHAMAMAH

Age: 27 yrs

Marital Status: Single

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- will marry on 24-10-24.
- she wants to delay her period
- no further complaint.

Medical History: medically free P.H. appendicectomy F.H. MCITW

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs L.N.M.P 20-9-24
Menstrual Habits: irregular. last for 6 days. every month.
Menstrual Symptoms: ass to dysmenorrhea. Menopause:
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 165 cm Wt. 65 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
very nice personality. not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not indicated

Investigation Requested:

Non

Diagnosis:

Δ For period delay due to social issue.

Plan of Management:

PT reassured. given

Next Appointment:



Date 26 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 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 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 039665

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: السيدة العماري



التاريخ: 26-9-2024

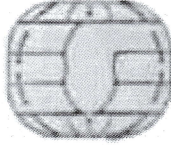
ملف رقم: 039665

التوقيع:

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29663404797 الرقم:

D.O.B. 30/11/1996 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry 27/02/2033 الصلاحية:



الاسم: لولوة مسعود محمد آل تبوك العامري

Name: LOLWA MASOUD M T AL-AMERI

منطقة 53 - شارع 534 - مبنى 43

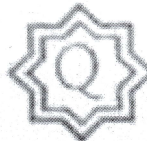
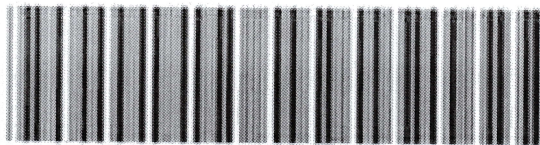
العنوان:

Serial No. 43519A052E2A2470

الرقم الممثل:

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 ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 26 SEP 2024 التاريخ:
Patient's name: lulwa Masoud اسم المريض:
File No.: 039665 رقم الملف:
Age: 27 yrs. Δ For period delay العمر:

Rx

Primolut N. tabs 5mp
حب ٥ صبح حب ٥ مساء
ل ٤ اسبوعين ، ابتداء من يوم
٢٠٠٤/١٠/١٨

Doctor's signature:

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