



File No.: 039571

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039571
Name: MAHA MOHAMED ALZEKIBA
QID No: 29763405070 Sex: Female
Mob: 30625588 ADDRESS: ABU NAKHLA



Age: 27 yrs.

Marital Status: SYN

and's Name: Hamad Abdulla

le Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

delivered 40 days ago, vaginally.
Came for contraception.
- not lactating. she tried COC but she discontinued it because of GITD symptoms she developed.
Medical History: medically free P.H. Non F.H. MCH(TN)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs L.N.M.P S. 9.24 Dg.
Menstrual Habits: regular - last for 7 days. every month.
Menstrual Symptoms: 3 days dysmenorrhea
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic 0 Menopause: LCB 40 days
♀ 2 ♂ 1 AU NVD, acw

EXAMINATION

General Examination: Ht. 149.5 cm Wt. 43.4 Kg BMI 100/60 mm Hg
slim, not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: Non.

Plan of Management: A For Contraception.
- she was Told about all types. she choosed Evra patches.

Next Appointment:



Date 10 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name مها محمد الزكيا الإسم الكامل

Date of Birth 15/5/1997 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation - المهنة

I.D Number 29763405070 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 30625588 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوج 66440400 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number - رقم هاتف

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

رقم البناية

36

رقم المنطقة

81

رقم الشارع

301

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 [Signature] التوقيع

File Number 039571



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: س.د

التاريخ: 24-9-10

ملف رقم: 039571

التوقيع: Cyber

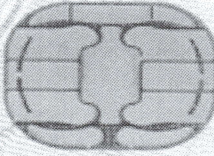


039571

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29763405070 الرقم:

D.O.B 15/05/1997 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 24/05/2025 الصلاحية:



الإسم: مها محمد صالح محمد الزكيبا

Name: MAHA MOHAMMED S M ALZEKIBA

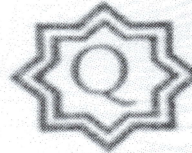
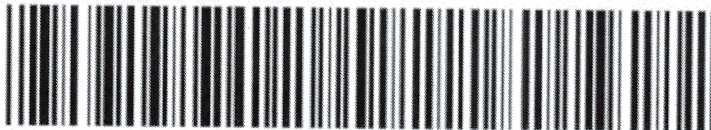
العنوان: منطقة 81 - شارع 306 - مبنى 47

Serial No: 40772416063E6297

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

10 SEP 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Maha Mohammed اسم المريض:

File No.: 0395716765 رقم الملف:

Age: 27yn - A For Contraception العمر:

Rx

Extra patches (3)
لصقة إضافية 3
استخدمها في اليوم

مكرر من فامس
الدولة

Doctor's signature:

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