



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 14 OCT 2024 TIME: 13:30

File No: 039789

Name: Maha Hamad Sex: Female Nationality: Q Age: 31

Occupation: LCB Marital Status: single

QID. No: 2895860037 Husband's / Wife's Name:

Address: AL Saab Mobile No: 66262929 Residence Phone:

Pulse	BP	Temperature	Respiratory Rate:	Weight Height	Pain Score	Head Circum (Pedia)	Nurse ID/Signature

Presenting complain and duration :

4% scar & lentigos.

History of Present Illness :

Allergies: ☐ Medication ☒ No ☐ Yes ☐ Food ☒ No ☐ Yes

Others If Yes, Specify:

Past History (Medical / Surgical / Psychological): ☐ No ☐ Yes If Yes Specify

Fractional laser for lentigos

Review Of Systems: ☒ Not Significant ☐ Significant Specify:Family History: ☒ No ☐ Yes If Yes SpecifyCurrent Medications: ☐ No ☐ Yes If Yes Specify

1. Enalapril 4. 7.

2. 5. 8.



File No.: 039789

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039789
Name: MAHA HAMAD ALI HENZAB
QID No: 29263400682 Sex: Female
Mob: 33887271 ADDRESS: ALAZIZIA

Age: 31 yrs
Marital Status: Single
ame: _____
e: _____ Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

Irregular period every 2-3 months, abnormal facial hair loss of her hair (head), no acne

Medical History: Known PCO

P.H. Non

F.H. DM (F)

Augmentin Allergy

HTN
hypothy JM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 years

L.N.M.P

13-8-24

Menstrual Habits: irregular period, 2-3 months, lasting 7 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

7 days spotting

Parity: P 0

Abortion 0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 85.4 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Obese, Coup, no face acne or hirsutism

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen:

fatty, ♀ hair distribution

Breasts:

small, no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

AVF ut, small & thick endomet 8mm

ovaries (Rt Lt) N/A do not look PCO

Diagnosis:

Oligomenorrhoea for investigation - to R/O PCO

Plan of Management:

S. progestin

FSH

Next Appointment:

1. H



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: مها حمد الزاب

التاريخ: 14-10-24

ملف رقم: 039789

التوقيع:



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: Maha Hamad

التاريخ: 14 OCT 2024

ملف رقم: 039789

التوقيع:





Date 14 / 10 / 24

New Patient Registration Form

Full Name صها حيدر حنزاب الإسم الكامل

Date of Birth 1992 / 12 / 13 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظفة المهنة

I.D Number 29263400682 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 3388 7271 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 16 Zone No. 55 Street No. 432
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 039789

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29263400682

الرقم:

D.O.B. 13/12/1992

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR /

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

22/11/2031

الصلاحية:



الاسم: مها حمد على جابر حنزاب

Name: MAHA HAMAD A J HENZAB

منطقة 55 - شارع 432 - مبنى 16

العنوان:

Serial No:

4357A3013315247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

