



File No.: 039572

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039572
Name: MANAL OJAYM ALQAHTANI
QID No: 30368200377
Mob: 77236663
Sex: Female
ADDRESS: ALAZIZIA

Age: 20 y.o
Marital Status: 2 weeks
and's Name: Hamad Ghaidan Alahabibi
le Phone:
Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Lower abdominal Pain 13 days
- gave history of lower backache before marriage
diagnosed? scoliosis (no report).

Medical History: Medically Free P.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

F.H. Non

Menarche: 14 y.o
Menstrual Habits: Regular every month L.N.M.P 14.8.24
Menstrual Symptoms: Not significant - 5 days
Parity: P Menopause:
Abortion: Ectopic: LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 156 cm Wt. 60.3 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
well - cap endine

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: -

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. - inspection of intact hymen
Bimanual Exam. - No abnormal vaginal discharge
Rectal Exam.

Investigation Requested:

T.A Scan - Normal AVF uterus ET 3.77 -
Normal B.A.H ovaries

Diagnosis: ? scoliosis came to check & confirm
safety of S.R

Plan of Management: Advise to try different position for S.R
other than classic dorsal one. Reassure

Next Appointment:



Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name هنا العليم القطاني الإسم الكامل

Date of Birth 2008/3/09 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طبيب المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 77236663 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

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 / بالاسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 039572



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.

هنا

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 24-9-11

ملف رقم: 039572

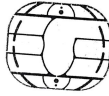
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30368200377

الرقم:

D.O.B. 20/12/2003

تاريخ الميلاد:

Nationality: SAUDI

الجنسية: سعودية /

Date of expiry:

13/05/2028

الصلاحية:



الاسم: منال عجم فريج ال حثيث القحطاني

Name: MANAL OJAYM F A ALQAHTANI

منطقة 51 - شارع 135 - مبنى 35

العنوان:

Serial No:

113213057350A127

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. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

11 SEP 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Manal Oujayam اسم المريض:

File No.: 039572 رقم الملف:

Age: 20 years / pregnant العمر:

Rx

- Folic acid tabs 1mg 1x1x30
حببة حمض الفوليك ١ ملج ١x1x30

- Xylocaine gel 10%
موضعي - قارص تحت اللسان
١ ملطفقة

- Rapid cold gel
موضعي - انفس تحت اللسان
١ ملطفقة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523