



File No.: 038932

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038932

Name: MARIAM AHMED AL NASSR

QID No: 29563400958

Mob: 66166655

Sex: Female

Address: EZQWA



Age: 29 yrs

Marital Status: 6 yrs

and's Name: Mubarak Ghanim Alkawari

Phone: 66166655

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- has SPATING on 19/5/24 For 1 day
No other complaints - wants to conceive as well

Medical History:

medically Free

P.H. - G-Sleeve 2014 F.H. DM+HTN
- Body Contouring 2017 Patient

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Yrs

Menstrual Habits: Regular every 35 days - 7 days

Menstrual Symptoms:

Parity: P 2

Abortion 0

Ectopic

LCB 2 Yrs



2



EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 37 Kg BMI 17.0 Bp 120/80 mm Hg

well - considering

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD - Scar of abdominal surgery

Breasts:

No galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

NA done

Investigation Requested:

TUS 2- RVF uterus thin endometrium ET 275.
Rt ovary (Pco Feature) - Normal Lt ovary small
Endometrium - No FFCDs - multiple cervical Nabothian

Diagnosis:

Eager to conceive - 2° infertility

Plan of Management:

C-T D 11-12 next cycle ± D2 hmnus IF
NA ovulating

Next Appointment:

[illegible]

File Number:.....

Notes:



Date 28 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name مريم احمد يوسف النضر الاسم الكامل

Date of Birth 22/3/1995 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation معالجة حاسوبية المهنة

I.D Number 29563400958 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66166655 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 [Signature] التوقيع

File Number 038932



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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: Mariam ahmed alnasser

التاريخ: 28/5/2024

ملف رقم: 038932

التوقيع:



Signature

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29563400958

الرقم:

D.O.B. 22/03/1995

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

16/02/2026

الصلاحية:



الإسم: مريم احمد سيف عيسى النصر

Name: MARYAM AHMAD S E ALNASR

منطقة 56 - شارع 470 - مبنى 33

Serial No:

407724102E4A6297

قم الممسلم:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

Maryam

