



File No.:

039048

Nationality:

Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039048

Name: MARIAM SAEED ALMARRI

QID No: 29463405319

Sex: Female

Mob: 33974449

ADDRESS: ALMERADH



Age:

30yrs

Marital Status:

9yrs

band's Name:

Hamad Jaber Almarri

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:on coc pills
want to do monalisa

Medical History:

P.H.

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13yrs

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Regular 13yrs Menstrual Habits for 5 days

Menstrual Symptoms:

None

Menopause:

Parity:

P

4

Abortion

1 (complete)

Ectopic

LCB

22/12

♀

2

♂

2

EXAMINATION

General Examination: Ht: 170 cm

Wt: 91.3

Kg BMI

Kg/m² Bp

110/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

/ N/A

Abdomen:

Breasts:

Not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Cx - Normal + moderate white

Bimanual Exam.

To yellow discharge wide vagina +

Rectal Exam.

not. Nice introitus → Pelvic

Investigation Requested:

floor strength it's okay but not strong

Diagnosis:

counselled for monalisa
+ postmenopausal

Plan of Management:

3 days

Next Appointment:



Date 12 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name حريم سعيد محمد الجبيري الاسم الكامل

Date of Birth 6 / 9 / 1994 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 29463405319 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33974449 رقم الجوال

Emergency Contact Person 33944447 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 55 Zone No. 298 Street No. العنوان:

رقم البناية 72 رقم المنطقة 298 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 039048

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:

التاريخ: ١٢/٦/٢٤

ملف رقم: 039048

التوقيع: عريم



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29463405319

الرقم:

D.O.B. 06/09/1994

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

08/05/2033

الصلاحية:



الإسم: مريم سعيد محمد الجحيش المري

Name: MARYAM SAEED M A AL-MARRI

منطقة 53 - شارع 1364 - مبنى 15

العنوان:

Serial No:

113213056976A127

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

12 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: mariam saeed: إسم المريض:

File No.: 039048: رقم الملف:

Age: 30y10: العمر:

Rx

Lomoxir ovule 600mg
السب

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523