



File No.: 039120

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039120
Name: MARIAM HAMAD ALMARRI
QID No: 30363403480 Sex: Female
Mo: 55728887 ADDRESS : MAEZER

Age: 21yrs

Marital Status: Single

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

advice from her dermatologist
to take medicine on R, started 2/12
ReduCar 20mg (Isotretinoin)

Medical History:

P.H.

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 58.5 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

Gynaec check-up

Open

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE W.L.L



مرکز د. لیلی حامد الطبی ذ.م.م

Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	039180
	NAME:	Mariam Hamad Almarri
	LMP:	4/6/24
	GRAVIDA: 0 PARA: 0 ABORTION: 0	
	REASON FOR SCAN:	to rule out pro

UTERUS:

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL STRIP:

NORMAL

THICKENED

9-7

ADNEXA:

free

R OVARY 3-2 MM x 2-4 MM

L OVARY 3-1 MM x 1-9 MM

Norme

OTHER FINDINGS:

IMPRESSION:



د. ابتسام عبد الله الطيب
Dr. Ebtessam Abdullah
طبيب عام (نساء ووليد)
GP (Obstetrics & Gynecology)
ترخيص رقم P6685

DOCTOR SIGNATURE AND STAMP

4 JUL 2024

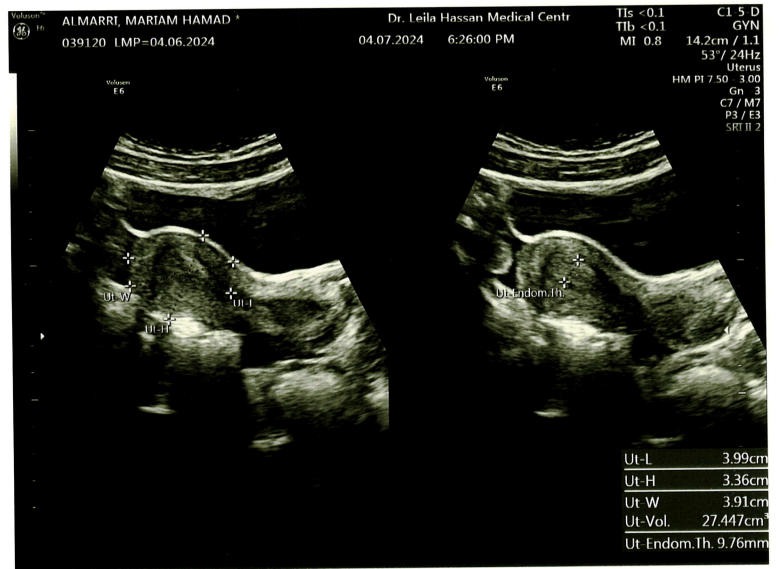
تليفون: ٤٤٨١٧٦٥٢ / ٤٤٨١٧٦٥١ فاكس ٤٤٨١٢٧٩٦ - شارع السلام - معيدرا الشمالي فيلا رقم ٢٤٧٧٠ (٧٦)
Tel.: 44817651 / 44817652 Fax: 44812796 - Al Salam Street - North Muaither Villa No. 24770 (76)



Name mariam Hamad Almarri Age 21/10
Diagnosis Gyne check up Date 4/7/24

- abdominal ultrasound AVF uterus
- endometrium thickness = 9.7 mm.
- uterus = 3.9 x 3.3 x 3.9 mm.
- Vola 27.4 mm.
- Ovaries are normal no feature of PCO





Lt Ov-L 3.12cm
Lt Ov-H 1.66cm
Lt Ov-W 1.92cm



Date 4 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name مريم حمد حارالله الغناني المدي الإسم الكامل

Date of Birth 13/8/2003 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number 30363403480 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55728887 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقراب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 34 Zone No. 65 Street No. 935 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 039120

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: **مريم حمد جلال المري**

التاريخ: **4/7/2024**

ملف رقم: **039120**

التوقيع:



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلي حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، مريم حمد المري، الموقعة أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلي حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريضة: مريم حمد المري

رقم الملف: 039120

رقم الجوال: 55728887

التاريخ: 4/7/2024

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع:

Subject: Insurance Payment Agreement

I, _____, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of _____ QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: _____

File number: _____

Mobile no.: _____

Date: _____

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: _____