



2nd husband -
First marriage was for 3 months

File No.: 039285

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039285
Name: MARIAM SALEM ABDULLA AL
QID No: 30463405203 Sex: Female
Mob: 55130171 ADDRESS: ALMERADH

Age: 19 yrs

Marital Status: 4 months

Husband's Name: Ali Hamad Almarri
25 years, medically free, not smoker
Residence Phone:
Mobile Phone:

SYMPTOMS:

Want to conceive, she was diagnosed as PCOS 2 months ago
not received any treatment - also had recurrent vaginal discharge
received treatment for it - regular S-R = 3-4/wk.
Husband C/O feels something extraoral
Non P.H. Non F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 years L.N.M.P. 24-7-24
Menstrual Habits: before marriage was regular lasting 5 days, monthly -
Menstrual Symptoms: severe pain, affect her university performance Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 62.6 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
Young, coop, normal f look, no face acne or
hirsutism.
Chest, C.V.S. N/A Rude patient
Abdomen: N/A f hair distribution
Breasts: normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Vulvitis ++, red labia minora.
Bimanual Exam. White mucoid discharge
Rectal Exam. G.U.

Investigation Requested:

AVF ut Globular, normal admet
ovaries - Rt 7 Nis Nleche not PCO & no cysts
Lt

Diagnosis:

Gynae check up, Vulva vaginitis

Plan of Management:

Gynocandizol
kenazole

Next Appointment:

C.T 3.8.

Name: Mariam Salem

File Number: 039285

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
3-8-24 62.1 110/70	24- 7 ^{am} -24 D11	—	G A 4mm	6-7 follicle on each ovary no leading follicle. NO FFCD	

Notes:

Date 30 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name مريم سالم عبدالله عيسى الإسم الكامل

Date of Birth 08 / 11 / 2004 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالب المهنة

I.D Number 30463405203 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55130171 رقم الجوال

Emergency Contact Person حادثة أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55254672 رقم هاتف

Address: Building No. 139 Zone No. 55 Street No. 1056
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 / بالإسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض ☒

Signature مريم التوقيع

File Number 039285

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: حريم حامد الحري

التاريخ: 20-7-2024

ملف رقم: 039285

التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30463405203

الرقم:

D.O.B. 08/11/2004

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

03/03/2034

الصلاحية:



الإسم: مريم سالم عبدالله ال نابت المري

Name: MARYAM SALEM A N AL-MARRI

منطقة 56 - شارع 849 - مبنى 64

العنوان:

1112F9058332A12A

Serial No

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

