



File No.: 039092

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039092

Name: MARYAM HAMAD ALMARI

QID No: 28063400145 Sex: Female

Mob: 77022236

ADDRESS: ALMERADH



Age: 44yr.

Marital Status: 21yr

Patient's Name: Saeed Mohammed Almarri

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

abnormal vaginal bleeding 2016 was mild
 P 2nd day till today, med pelvic pain
 seen by a nearby clinic Dr. told her ov. cyst
 serum 4 cm Ø Does not lactate

Medical History: on No Rx for thyroid. P.H. partial thyroidectomy DM
 GDD Gland.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13

L.N.M.P

6-6-24 (5ds)

Menstrual Habits: monthly for 5-6 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P

3

Abortion 1

Ectopic

LCB

5/12

♀

2

♂

1

EXAMINATIONGeneral Examination: Ht. 157 cm Wt. 78.5 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Coop, normal ♀ look

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: fatty

Breasts: well developed

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Smelly bloody disch, considerable but no

Bimanual Exam. clots, vaginae Redundant walls, ex N

Rectal Exam.

Investigation Requested: AVE uterine endomet 3mm

Rt ov. Nls Nchr

Lt ov. cyst 32 Ø mm clear fluid, Doppler N

Diagnosis:

Metrorrhagia, Lt ov. cyst

Plan of Management:

2/12 D4

Dafon tabs

Next Appointment:

2.5.12 + 1.12.12



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

New Patient Registration Form

Full Name محمد محمد المرعي الإسم الكامل

Date of Birth ١٩٨٠ / ٥ / ٢٩ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظفة المهنة

I.D Number ٢٨٠٦٢٤٠١٤٥ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٧٧٠٠٠٠٣٦ رقم الجوال

Emergency Contact Person أخت من زوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ٥٥٨٢٢١٦٧ / ٥٥٦٦٦٥٥٢ 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 ٥٣٩٥٩٢

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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 محمد المرس

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٦ / ٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٥٩٢

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: 28063400145

الرقم:

D.O.B. 29/05/1990

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR /

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

10/07/2028

الصلاحية:



الإسم: مريم حمد محمد المنخس المري

Name: MARYAM HAMAD M M AL-MARRI

منطقة 53 - شارع 1359 - مبنى 36

العنوان:

Serial No:

S35826091A0F32DF

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

