



File No.: 039237

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039237
Name: MODHI FAYSAL TURKI ALHAJRI
QID No: 29963404148 Sex: Female
Mob: 50520159 ADDRESS: ALSHAHANIYA

Age: 25 yrs

Marital Status: One month

Spouse's Name: Turki Fahad Alhajri

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

couple presented together C/O inability to do complete S.R till now due to erectile dys function. his wife also told that he has ↓ libido. they have a lot of queries, answered. Medical History: medically free P.H. Non F.H. Non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs L.N.M.P 24-6-24
Menstrual Habits: regular. last for 1wks, every month.
Menstrual Symptoms: Non. Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 78.7 Kg BMI 29.4 Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
over wt, educated - not pale/70

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft

Breasts: well developed.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Dark vulva. normal vulva
intact hymen - exam done P presence
Bimanual Exam. of her husband and nurse Taiseer.
Rectal Exam. not indicated

Investigation Requested:

- SFA upon request.

Diagnosis:

A Newly married Couple P sexual issues.

Plan of Management:

All their queries answered. Pt referred to andrologist + husband

Next Appointment:



Date 17 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name موفى محمد تركى الهجرى الإسم الكامل

Date of Birth 25-10-1999 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation No المهنة

I.D Number 29963404148 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) No رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50520159 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 50520159 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان: الحايمة

رقم البناء 80 رقم المنطقة 600 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 ؟ موفى

☐ 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 039237



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه الطبيب / الطبية 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 إجراء 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: صوفي الهاجري

التاريخ: 26 AUG 2024

ملف رقم: 039237

التوقيع: _____



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: موني الهاجري / تركي الهاجري

التاريخ: 17-7-2024

039237

ملف رقم:

التوقيع :



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29963404148

الرقم:

D.O.B. 25/10/1999

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

11/11/2029

الصلاحية:



الإسم: موضي فيصل تركي الساعي الهاجري

Name: MOUDHI FAISAL T A AL-HAJRI

منطقة 80 - شارع 600 - مبنى 57

العنوان:

Serial No:

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

Date: 14-8-2024 التاريخ:
Patient's name: MODHI Faysal اسم المريض:
File No.: 039237 رقم الملف:
Age: 25 yrs Δ want's to conceive العمر:

Rx

ovamax caps
كيسة له ص كيسة له ص

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523