

Husband - 47 Y.S
 - Accountant
 - 51mm
 - DM > 10 Y.S
 on insulin
 - not smoker



4th preg - aborted at
 5/12
 2017

File No.: 039173

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039173
 Name: MOFIDA ABDALLA ALHAJ
 QID No: 27873602110 Sex: Female
 Mob: 66467946 ADDRESS: AIN KHALID



Age: 42 yrs
 Marital Status: 17 yrs
 d's Name: Mekki Ali Almakki
 Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

- wants to conceive, S-R twice/wk
 Pt NA also ejaculatory & erectile issues - tried
 injectable ovulation induction once but husband
 didn't come.

Medical History:

medically Free

P.H. CIS? Pelvic issue

F.H. DM Father & mother

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

14 X-S

L.N.M.P

1 yr

Menstrual Habits:

Regular before every 28 days - 4 days

Menstrual Symptoms:

Scanty

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB 11 X-S



1



- premen 7 months INFO

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 95.7 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Coup, looks her age of younger, obese

Chest, C.V.S.

NA

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

AVF ut elongated & thin Endomet G-A

Bimanual Exam.

4mm ovaries Rt. - seen & difficult to feel

Rectal Exam.

e-poor reserve

Investigation Requested:

Lt ov. - small too & poor reserve

SEAPV Not done

Diagnosis:

Oligomenorrhea for investigation - 2 days INK

Plan of Management:

D₂ FSH, LH & prolactin

Next Appointment:

Primolut N 2x245ds

Date 6 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 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 التوقيع

File Number 039173

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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.

استأذني

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: مقيده عبدالله السلي

التاريخ: ٧ / ٦

ملف رقم: 039173

التوقيع: مقيده عبدالله

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

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27873602110 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/01/1978 تاريخ الميلاد:
Expiry: 25/01/2025 الصلاحية:
Nationality: SUDAN الجنسية: سودانية
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: مفيدة عبدالله المكي الحاج

Name: MOFIDA ALHAG

Passport Number: P09404100 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 09/05/2032 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30127873602110 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: مكاوي على المكي الحاج المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

