



File No.: 039390

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039390

Name: MONA MOHAMED ALSULAITI

QID No: 28763404107

Mob: 66664558

ADDRESS: ALAZIZIYA



Age: 37y/o

Marital Status: 2yrs

d's Name: Jassim Mohammed Alati

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

clot delayed period / SWK +.
ass & left iliac fossa pain.
not lactating. PT -ve.
no urinary symptoms or abnormal discharge.

Medical History: P.H. of GDM

P.H. C/S - liposuction F.H. FCOM.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs - 14 yrs.

Menstrual Habits: regular - last for 3-4 days every month.

Menstrual Symptoms: - Non

Parity: P 1

Abortion 0

Ectopic

Menopause:

LCB



- C/S due to failed induction due to GDM, ♀, 4 Kgs.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 84 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. MAD

Abdomen: C/S scar

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not done.

Investigation Requested:

T-U-S = A/V normal size uterus, thin endo.
5-4 mm. normal ovaries & left ov. simple cyst

2-8 x 2-9 cm -ve doppler & Rt leading follicle 16-3mm
No ffcps.

Diagnosis:

A left ov. cyst.

Plan of Management:

At reassessment to given to induce period
& to regulate it for 3 months

Next Appointment:



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL

مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م

Date 17 / 8 / 2017

New Patient Registration Form

Full Name Mona Alsulaiti منى محمد السلايطي الإسم الكامل

Date of Birth 19.7.1987 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation..... المهنة

I.D Number 28763404107 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 66664558 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 53 Zone No. 55 Street No. 415 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 Mona التوقيع

File Number 039390



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.

Mona Alsulaiti

اسم المريض / المريضة:

17 Aug 2024

التاريخ:

039390

ملف رقم:

Mona

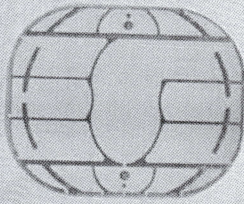
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28763404107 الرقم:

D.O.B. 19/07/1987 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 27/02/2033 الصلاحية:



الاسم: منى محمد مبارك محمد السليطي

Name: MONA MOHAMMED M M AL-SULAITI

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

17 AUG 2024

التاريخ: _____
Date: _____

إسم المريض: _____
Patient's name: Mona Mohammed

رقم الملف: _____
File No.: 039390

العمر: _____
Age: 37 yrs. Δ left ov. Cyst

Rx

Duphaston 10mg
١٠ قرص ٢ مرّة يوميّاً
من ١٦ إلى ٢٦ من الشهر
١٠ قرص ٢ مرّة يوميّاً

Doctor's signature: _____

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