



File No.: 038963

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038963

Name: MUNEERA RASHID ALMARRI

QID No: 30363401488 Sex: Female

Mob: 31555521

Address: AIN KHALID



Age: 21

Marital Status: SINGLE

P's Name:

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came For Contraception counselling
She changed already COCS - No Hx of migraines
DM - Epilepsy or thrombosis - counselling in depth
accepted all pros & cons. instruction for use explained

Medical History: NA Signed

P.H. NA Signed F.H. NA Signed

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits: 15 Yrs Regular every 28 days - For 5 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm Wt. 57.7 Kg BMI 24.2 Bp 100/70 mm Hg

well - Refused any examination

Chest, C.V.S. -

Abdomen: -

Breasts: -

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. NA indicated

Bimanual Exam. NA indicated

Rectal Exam. NA indicated

Investigation Requested:

Diagnosis: Contraception counselling

Plan of Management:

Reassured BS ovulation period finished
Gynera prescribed & to start COCS D, next cycle - wedding on 6/6/24 (D24)

Next Appointment:



Date 1 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name جنى / اديس الحوي الإسم الكامل

Date of Birth 8.14.2003 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 31555521 رقم الجوال

Emergency Contact Person الأم أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 31555521 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) / تفضلها
I receive my Rights & Responsibilities ☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 632963

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: هنر اسر الحري

التاريخ: 1/6/2024

ملف رقم: 038963

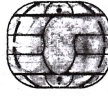
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30363401488

الرقم:

D.O.B. 08/04/2003

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

06/06/2031

الصلاحية:



الإسم: منيره راشد محمد ال كبيده المرى

Name: MUNEERA RASHID M A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 671 - مبنى 121

العنوان:

Serial No:

30363401488

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

Prescription

وصفة طبية

Nº

Date:

01 JUN 2024

التاريخ:

Patient's name:

Muneera Rashid

إسم المريض:

File No.:

038963

رقم الملف:

Age:

21 yrs

العمر:

Contraceptive

Rx

Gyneva Cocs Pill

حبس الوقاية من الحمل

يوم حركتي، ليس

الخطا

Doctor's signature:

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