



File No.: 039182
أشرف

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039182

Name: MUNEERA ABDALLA ALMARRI

QID No: 30068200353 Sex: Female

Mob: 77711807 ADREESS: ALSILYA



الحشت
Age: 24 yrs
Marital Status: 4 yrs
band's Name: Jaber Nasser Almarri
ile Phone: 78kg 28/5
Residence Phone: not smoker

SYMPTOMS:

want to conceive - last pregnancy
- ectopic - conservative management -
S-R (2-3 time / week)
seen in private fully investigated less than 6/12
Medical History: P.H. F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14-15/11 L.N.M.P 28-6-24
Menstrual Habits: Regular Monthly for 6-7 days
Menstrual Symptoms: Normal Menopause:
Parity: P 1 Abortion 0 (conservative) Ectopic 1 LCB 3/11
♀ ♂ 1 NVD

EXAMINATION

General Examination: Ht. 169 cm Wt. 59.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Look, well No acne No hirsutism

Chest, C.V.S.

Abdomen: / NAD

Breasts: Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. /

Bimanual Exam. /

Rectal Exam. /

Investigation Requested:

T-ruls Afatems ET 6.2mm
GA leading follicle 14-5mm Normal Lt ovary
Diagnosis: N.H.G

want to conceive
To see her result -> she will send

Plan of Management:

husband - SFA
D3

Next Appointment:

Name: Munera Abdullah

File Number: 039182

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
28-8-24 61.3 110/70	19-8-24 ^{am} D10	—	4-30m	no leading follicle	9mm no follicle seen

Notes:



Date 7 / 7 / 2019

New Patient Registration Form

Full Name مينة عبد الله المرن الاسم الكامل

Date of Birth 2001/01/09 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 30068200353 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70811777 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

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 ☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 039182

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: ميره عبده الله المير

التاريخ: 7-7-2024

ملف رقم: 039182

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30068200353 الرقم:

D.O.B. 09/05/2000 تاريخ الميلاد:

Nationality: SAUDI / سعودية الجنسية:

Date of expiry: 03/05/2028 الصلاحية:



الإسم: منيره عبدالله على الهتيلي المري

Name: MUNIRAH ABDULLAH A A ALMARRI

منطقة 81 - شارع 442 - مبنى 4

العنوان:

Serial No: 113213054178A127

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. ليلي حامد الطبي د.م.م.
تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

Prescription

وصفة طبية

Date: 11 JUL 2024

Patient's name: Munir Abdullah

File No.: 039182

Age: 24 yrs

التاريخ:

إسم المريض:

رقم الملف:

العمر: 24 yrs
Tughras period

Rx

Duphaston tab 1x2 x 10d

Doctor's signature:

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

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 ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

٧ JUL 2024
06/07/2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Munera Abdalla اسم المريض:

File No.: 039182 رقم الملف:

Age: 24yrs العمر: 24 years

Rx

Pre Conception Cap
1x1 1/2

Doctor's signature: [Signature]

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523