



File No.: 039238

Nationality: R

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039238
 Name: NADIA RAMAS JABOUB
 QID No: 27951200239 Sex: Female
 Mob: 33193924 ADDRESS: ALSILIYA



Age: 45 y.o

Marital Status: 18 yrs.

Patient's Name: Abdulaziz Ahmed Sehal

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

missed period 2 months + new
 onset of facial acne → Following 2 dermatologists
 No Post coital bleeding - Lower abdominal Pain
 or abnormal vaginal discharge.

Medical History: 6 vit D on supplement P.H. 3 C.S. F.H. N.A. Sander

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 X-5 L.N.M.P. ?? may 2024
 Menstrual Habits: Before regular every month - 5 days
 Menstrual Symptoms: NOT Significant Menopause:
 Parity: P 3 Abortion 4 Ectopic LCB 12 Y-5

♀ 2 ♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 84.8 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
 well - cooperative - clinically pale

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. /

Bimanual Exam. /

Rectal Exam.

Investigation Requested:

- CBC requested & declined.
- TVS 2- RVE uterus & thickened endometrium ET = 13-25
 small Rt ovary & low reserve - Lt ovary 2 ruptured follicles
 cyst 2.7 x 2.3 cm, FFCDs (+)

Diagnosis:

Perimenopausal oligomenorrhea.

Plan of Management:

Withdrawal cycle + D₄ Review for ET, if
 No cycle to Bhcg, Possible Endometrial Sampling if thickened

Next Appointment:



Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name طارق سالم الإسم الكامل

Date of Birth 28/8/1979 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation معلم المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33193924 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

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☐ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ 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 039238

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: أحمد

التاريخ: 18-7-2024

ملف رقم: 039238

التوقيع: أحمد



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27951200239

الرقم:

D.O.B. 28/08/1979

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

29/10/2029

الصلاحية:



الإسم: نادية رامس سالم سعيد جعوب

Name: NADIA RAMAS S S JABOOB

منطقة 53 - شارع 1356 - مبنى 4

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. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 18 JUL 2024 التاريخ:
Patient's name: Nodun Pamas إسم المريض:
File No.: 0392381 رقم الملف:
Age: 45yrs / Delayed Period العمر:

Rx

- Duphaston tabs 10 - 9
c حبة صباح c حبة مساء 3 مر
MLT, ⑤

- Ferrogam sticks
c حبة صباح c حبة مساء 3 مر

Doctor's signature:

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