



File No.: 039111

Nationality: Q

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039111  
Name: NAJLA MOHAMED ALKAWARI  
QID No: 29163400028 Sex: Female  
Mob: 70227799 ADDRESS: ALMAMORA

Age: 32 yrs  
Marital Status: 3 years  
Name: Abdulrahman Alnasser  
ne: Residence Phone:

### SYMPTOMS:

Clo Prolonged Period 3-4 months  
10 days (N/A all days Frank blood) - Pituitary  
mass on Lestivex  $\frac{1}{2}$  tab weekly Following E HMC  
Last Protection level this month  $\rightarrow$  Normal.  
Medical History: Hypothyroid on 75-g thyrox PH. - CIS malposition FH.  
100 mg / 2 days.

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 X-5 L.N.M.P 17-6-24  
Menstrual Habits: Regular every month - 5 days  $\rightarrow$  10 days  
Menstrual Symptoms: N/A Simbed.  
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 1 year

♀ 1 ♂

### EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 61.3 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 110/70 mm Hg  
Normal O look, face acne, coop.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Distended  $\hat{=}$  gases. CIS scar.

Breasts: well developed. no galactorrhoea.

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ refused

### Investigation Requested:

T.V.S = A/V normal size uterus thick endo.  
13.0 mm. normal ovaries  $\hat{=}$  left leading follicle 16mm.  
no PCO feature. no cyst or FFCDs

Diagnosis:

$\Delta$  metrorrhagia For investigations.

Plan of Management:

Next Appointment:

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL

Figure 1

مركز د. ليلى حامد الطبي



مركز د. ليلى حامد الطبي

GYNE ULTRASOUND REPORT

FILE NO:

039111

NAME:

Najla Mohamed

LMP:

17-6-2024

GRAVIDA:

PARA:

ABORTION:

I

0

REASON FOR SCAN:

Prolonged Period / 3-4 months

UTERUS:

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL STRIP:

NORMAL

THICKENED

13 mm

ADNEXA:

R OVARY 26 MM x 15 MM

L OVARY 30 MM x 20 MM

OTHER FINDINGS:

- left leading follicle  
16 mm

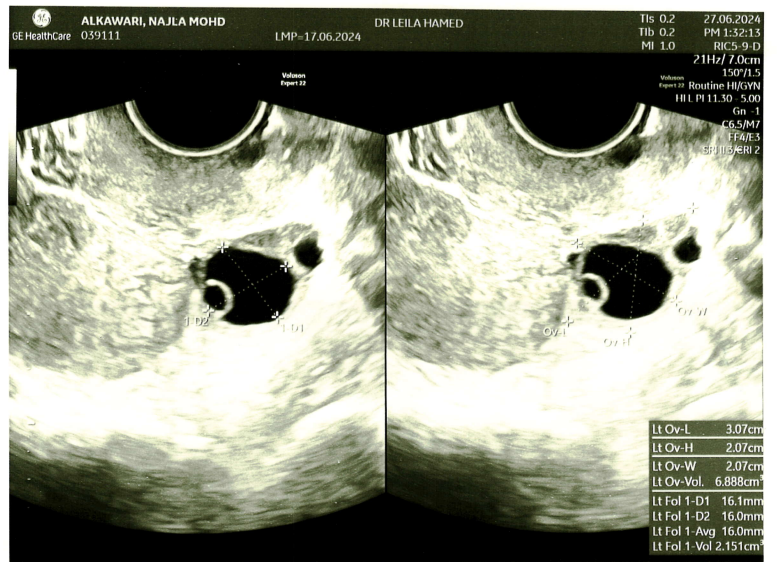
IMPRESSION:

- Normal u/s findings.



DOCTOR SIGNATURE AND STAMP

*[Signature]*



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

**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 16 رقم المنطقة 56 رقم الشارع 707 العنوان:

How did you hear about our Center

☐ 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 ..... 039111



## 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.

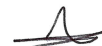
وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

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

اسم المريض / المريضة: Najla

التاريخ: 27. 6. 2024

ملف رقم: 039111

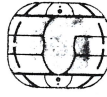
التوقيع: 

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

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No 29163400028

الرقم:

D.O.B. 28/09/1991

تاريخ الميلاد:

Nationality

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

13/03/2031

الصلاحية:



الإسم: نجلاء محمد راشد الزامل الكواري

Name: NAJLA MOHAMMED R A AL-KUWARI

منطقة 53 - شارع 571 - مبنى 6

العنوان:

Serial No

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE W.L.L



مركز د. ليلي حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، نزار الكوازي، الموقع أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلي حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريض: نزار الكوازي

رقم الملف: 039 111

رقم الجوال: 7022 7799

التاريخ: 27. 06. 24

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: AA

**Subject:** Insurance Payment Agreement

I, \_\_\_\_\_, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of \_\_\_\_\_ QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: \_\_\_\_\_

File number: \_\_\_\_\_

Mobile no.: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: \_\_\_\_\_