



File No.: 039712

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039712
 Name: NAJLAA JARALLA ALMARRI
 QID No: 29463400133 Sex: Female
 Mob: 66161156 ADDRESS: RAYYAN

Age: 30 yrs
 Marital Status: Single
 Divorced
 Husband's Name: 2/12
 Mobile Phone: Residence Phone: 1 Wk S.R

SYMPTOMS:

in the last 20 years
 her period regular but reduce the amount of the blood, spotting and brownish 3 days, then bleeding 3 days again blood discharge for 4 days, also had chronic vaginal discharge, greenish on and off since 2017, also want to check for fibroid, diagnosed in 2017
 Medical History: Non P.H. Non F.H. DMAHTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 year L.N.M.P 19-9-24
 Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 9 days & bleeding 2 days only
 Menstrual Symptoms: mild pain Menopause:
 Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB

**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 152 cm Wt. 52.8 Kg BMI Kg/m² Bp 100/70 mm Hg

Slm, coop, normal ♀ look, no face acne
 NAD

Chest, C.V.S.

Abdomen: soft, fatty, mark of burn (10x8cm)

Breasts: No galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

T.A Endomet G.B. Intramural fibroids small 7x8mm & one post wall 25x29 mm Rt & Lt ovaries look N

Diagnosis:

Metrorrhagia from investigation + Ch vaginitis

Plan of Management:

hormonal profile T₂ will do at PHK

Next Appointment:



Date 2/10/2011

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 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) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039712

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 إجراء 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: نجلاء جلاله المرحوم

التاريخ: 24-10-2024

ملف رقم: 039712

التوقيع:

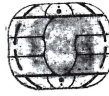
Leila

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P662
License No. P662

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29463400133

الرقم:

D.O.B. 03/01/1994 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 27/06/2032 الصلاحية:



الإسم: نجلاء جاراالله سالم الكاموخه المرى

Name: NAJLLA JARALLA S A AL-MARRI

منطقة 53 - شارع 565 - مبنى 14

العنوان:

4353B11211002486

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

