



File No.: 039323

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039323
Name: NOORA MAHDI ALAHBABI
QID No: 30863401875 Sex: Female
Mob: 70666700 ADDRESS: RAYYAN



Age: 16yrs

Marital Status: Single

Spouse's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Last 3 Period - has signed
Lower abdominal pain 2 cycle - only first
day of cycle -

Medical History:

NA Signed except
for recurrent UTI

P.H. NA Signed

F.H. NA Signed

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 Y-S

L.N.M.P

5-8-24

Menstrual Habits:

Regular every month

5-6 days

Menstrual Symptoms:

dysmenorrhea

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 51.1 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

well - coordinated

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD - No tenderness or rigidity

Breasts:



PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

NA indicated

Investigation Requested:

T-A-Scan - Suboptimal (empty bladder)
uterus 2 heart shape (need a second work)
Normal B & H ovaries

Diagnosis:

Primary dysmenorrhea

Plan of Management:

Mefenamic acid tabs 500mg TDS

Next Appointment:

1. 2x1h



Date 5 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name نور محمد علي غيرات محمد الراجحي الإسم الكامل

Date of Birth 23-4-2008 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation محاسبة المهنة

I.D Number 30863401875 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70666700 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب الشخص

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 28 رقم المنطقة السيد رقم الشارع الميراث 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 039323

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: نورة مهدي الاحبابي

التاريخ: 5/8/2024

ملف رقم: 039323

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27363402866

الرقم:

D.O.B. 15/12/1973

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

11/06/2033

الصلاحية:



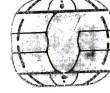
الإسم: سلمى سالم محمد عجم الحبابي

Name: SALMA SALEM M A AL-HEBABI

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30863401875

الرقم:

D.O.B. 23/04/2008

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

18/09/2027

الصلاحية:



الإسم: نوره مهدي غيدان محمد الاحبابي

Name: NOORA MAHDI G M AL-AHBABI

منطقة 53 - شارع 482 - مبنى 38

العنوان:

Serial No:

1134140A6A71A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

سلمى سالم



منطقة 53 - شارع 482 - مبنى 28

العنوان:

Serial No:

436459092D07247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

نوره



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 ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No.

Date: 05 AUG 2024 التاريخ:

Patient's name: Noora mahdr اسم المريض:

File No.: 039323 رقم الملف:

Age: 16y / Dysmenorrhea العمر:

Rx

- Metformin 500mg

صية من كل وجبة ٣

١٢ م مت كل دورة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523