

First marriage  
for both



File No.: 039382

Nationality: SAR

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039382  
Name: NOORA FARAJ ALMARRI  
QID No: 30168200251 Sex: Female  
Mob: 511777171 ADDRESS: ALRAYAN

Age: 23 YRS.

Marital Status: 1 YR. (8/12)

and's Name: BAKHIT HAZAM DERABH

le Phone: Healthy 102 kg Residence Phone: 466/1

### SYMPTOMS:

S-R She want to conceive  
2-3 times/week

Medical History: medically free P.H. — F.H. DM

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 YRS L.N.M.P 1/8/24  
Menstrual Habits: Regular Monthly for 6-5 day  
Menstrual Symptoms: Normal Menopause:  
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



### EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 85.4 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 110/70 mm Hg

Looks well ♀

Chest, C.V.S. / NAD

Abdomen:

Breasts: Normal

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. / Not examined  
Bimanual Exam. /  
Rectal Exam. /

Investigation Requested: T-vals ARE uterus ET 7-7mm  
CrA Both ovaries no leading follicle  
No Hc'D

Diagnosis: Want to conceive

Plan of Management: H→S fA, HSG→ after 4/12  
FSH, LH, TSH → to be seen her result

Next Appointment: D12

Date 14/8/24

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... الاسم الكامل

نوره فرج صالح المري

Date of Birth ..... تاريخ الميلاد

14/8/24

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

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

مصرية

Occupation ..... المهنة

ربة بيت

I.D Number ..... رقم البطاقة الشخصية

301682 00251

Telephone No. (Home) ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... رقم الجوال

51177171

Emergency Contact Person ..... أقرب الأقراب

عمر

Emergency Contact Number ..... رقم هاتف

55888389

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

رقم البناية

109

رقم المنطقة

53

رقم الشارع

567

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 039382

## 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: نورة فرج

التاريخ: 14-8-24

ملف رقم: 039382

التوقيع:



State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30168200251

الرقم:

D.O.B. 14/08/2001

تاريخ الميلاد:

Nationality:

SAUDI

/ سعودية

الجنسية:

Date of expiry:

15/07/2028

الصلاحية:



الإسم: نوره فرج صالح الغفراني المري

Name: NORAH FARAJ S A ALMARRI

منطقة 81 - شارع 306 - مبنى 44

العنوان:

113213058947A127

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

