



File No.: 639817

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039817
Name: NOORA HAMAD ALMARRI
QID No: 29263402058 Sex: Female
Mob: 66816262 ADDRESS: ABU NAKHA



Age: 32 y/o
Marital Status: 1 yr / 5 mos.
me: Saleh Mohd Almarri
Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came to Post Bore her cycle for
Uterine Purpose - in Fungal H.S only 4 days
for her cycle to come and there is a Failure rate

Medical History: Non P.H. Non F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y-2 L.N.M.P. 24.9.24
Menstrual Habits: Regular every 30 days - 7-8 days
Menstrual Symptoms: Non Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB

♀ ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 149 cm Wt. 94.7 Kg BMI 35.5 Bp 110/80 mm Hg
Well - obese - coarctation

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Fatty abdomen - NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. NAD done
Bimanual Exam.
Rectal Exam.

Investigation Requested:

TVS: AVE 40mm, ET 8mm Anterior my
Normal both ovaries, (++) FFCDs

Diagnosis: came to defer her m. cycle

Plan of Management: Duphaston tabs 10 mg 2 x 1 x 10

Next Appointment:

Date 19 / 10 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Noora Hamad Jaber Al-marri الاسم الكامل

Date of Birth 20/8/1992 تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality Qatari الجنسية

Occupation Teacher المهنة

I.D Number 29263402058 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66816262 رقم الجوال

Emergency Contact Person Mother أقرب الأقراب

Emergency Contact Number 55285632 رقم هاتف

Address: Building No. 7 Zone No. 8 Street No. 320 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 039817



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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: نوره محمد امري

التاريخ: ١٩-١٠-٢٠٢٤

ملف رقم: 039817

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29263402058

الرقم:

D.O.B. 20/06/1992

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 06/02/2031

الصلاحية:



الإسم: نوره حمد جابر الغفراني المري

Name: NOORA HAMAD J A AL-MARRI

منطقة 81 - شارع 458 - مبنى 7

العنوان:

4 15 0050A23112422

Serial No

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

