



File No.: 039181

Nationality: PAL

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039181

Name: PILAR SALIH MOHAMMED

QID No: 31299900489 Sex: Female

Mob: 55135701

ADREESS:ALAZIZIA



Age: 11 yrs

Marital Status: child

band's Name:

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

irregular, prolonged, heavy period / 1 yr.
twice per month. contained clots & dysmenorrhoea.
to the extent that her Hb% drops to 9 gmidl.
? Symptoms of anaemia. U/S done 5 months ago → Normal.
Medical History: medically free P.H. Non F.H. Non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 10 yrs L.N.M.P 3-7-24
Menstrual Habits: irregular last for 2 wks or more.
Menstrual Symptoms: ass to dysmenorrhoea Menopause:
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

Turner synd. atypical

General Examination: Ht. 150 cm Wt. 41.2 Kg BMI Kg/m² Bp 90/60 mm Hg
looks normal, Coop pale

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: skinny ♀ hair distributed

Breasts: well developed Tanner II

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Not done

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested: A/F N/S regular Contour, normal endomet.
GR 6mm
Rt ov. cyst 37mm clear fluid
Lt ov. N/S. Neck

Diagnosis: Menometrorrhagia Rt ov. cyst serous

Plan of Management:

TSH 5.5

FSH 5.5

CBC 9.0 gm 22/5

L11 7.2

Next Appointment:

Date 7 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Pilar S M Attal الإسم الكامل

Date of Birth 20 / 11 / 2022 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Student المهنة

I.D Number 31299900489 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55492628 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55492628 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55492628 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55135701 رقم هاتف

Address: Building No. 7 Zone No. 55 Street No. 66 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 [Signature] التوقيع

File Number 039181

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.

امضاء

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

Pilar S M Attal

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 7-7-24

ملف رقم: 039181

التوقيع: 

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

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 31299900489 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 20/11/2012 تاريخ الميلاد:
Expiry: 17/01/2026 الصلاحية:
Nationality: PALESTIN الجنسية:
Occupation: المهنة:



الاسم: بيلار صالح محمد نبيل عتال

Name: PILAR S MATTAL

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28099900485 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 24/09/1980 تاريخ الميلاد:
Expiry: 25/01/2025 الصلاحية:
Nationality: PALESTIN الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: مروة فايز نعمان الجعبري

Name: MARWA ALJABARI

Passport Number: 10275712
Passport Expiry: 16/07/2028
Serial No: 31228099900485
Residency Type: عائلية
Employer: صالح محمد نبيل حكمت عتال
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

4

مروة



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 د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 07 JUL 2024 التاريخ:

Patient's name: Amla Suleh Al-Mul اسم المريض:

File No.: 039781769 رقم الملف:

Age: 18 Y-S / Hm B+ Amma العمر:

Rx

- Ferrosolm 500 mg
فيريولم ٥٠٠ ملغ
١٠٠٠ (١٠٠٠) شهر

- Yasmin COC
ياسمين كوك
١٠٠٠ (١٠٠٠) شهر

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523