



File No.: 039729

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039729
Name: RAGAD MEDHAT MOUHIALDEEN
QID No: 30873601472 Sex: Female
Mob: 55357523 ADDRESS: UM ALAMAD

Age: 16 yrs. old

Marital Status: Single

Name:

e:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

16 Irregular period + pelvic pain
there is PCO symptoms - no urinary
symptoms. there is for wt gain
resistance for wt loss.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. FCOM, HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs. L.N.M.P 3 months ago.

Menstrual Habits: irregular. last for 3 days.

Menstrual Symptoms: as is dysmenorrhoea. Menopause:

Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm Wt. 86.3 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
obese, PCO features. not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: obese PCO course male pattern distribution.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not indicated.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

abd. US: A/v normal size uterus, ST 6.6 mm. ovaries showed PCO picture - no cyst - no follicles.

Diagnosis: A ? PCO

Plan of Management: advised to ↓ wt, D hormonal profile requested
wt given to induce period & regulate it / 3 months

Next Appointment:



Date 05 / 10 / 24

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 039729

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: رند ص د

التاريخ: 24-10-5

ملف رقم: 039729

التوقيع: Raghad



د. سلمى

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 30873601472 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 14/04/2008 تاريخ الميلاد:
Expiry: 09/06/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: طالبه المهنة:

الاسم: رغد مدحت محي الدين محمدخير

Name: RAGAD MDAHAT MAHIALDIN MOHAMEDKHAIR



Passport Number: P11037524
Passport Expiry: 18/09/2028
Serial No: 30130873601472
Residency Type: عائلية
Employer: مدحت محي الدين محمد خير محمد
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

