



File No.: 039013

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039013
Name: REFAA JABER HEDEEB
QID No: 29863403531 Sex: Female
Mob: 55418907 Address: ALMANASEER



Age: 26 yrs

Marital Status: 1 yr

band's Name: Abdulmohsen Saeed

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

she wants to insert loop

- not lactating

Medical History: hypothyroid on Thyroxin 100 mg/d. P.H. gastric sleeve F.H. F+M (QM x 4 TN)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 yrs L.N.M.P. 1-6-24 D.

Menstrual Habits: regular - last for 7 days - every month.

Menstrual Symptoms: ass & dysmenorrhea. Menopause:

Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 4 months -



- extreme preterm in 27 wks, 1 kg, admitted to NICU 2 months

EXAMINATION

General Examination: Ht. 155 cm Wt. 64.5 Kg BMI 100/60 mm Hg

non-cooperative, not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen:

NAD

Breasts:

not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. wide introitus & vagina. ant - cx & erosion, P/V normal size uterus, hysteroscopy

Bimanual Exam. 7 mm - loop inserted smoothly «Cup-T». thread

Rectal Exam. ~ 2 cm. normal ovaries & small follicles - no

Investigation Requested: cyst - no FFCDs.

Insertion done under u/s guidance.

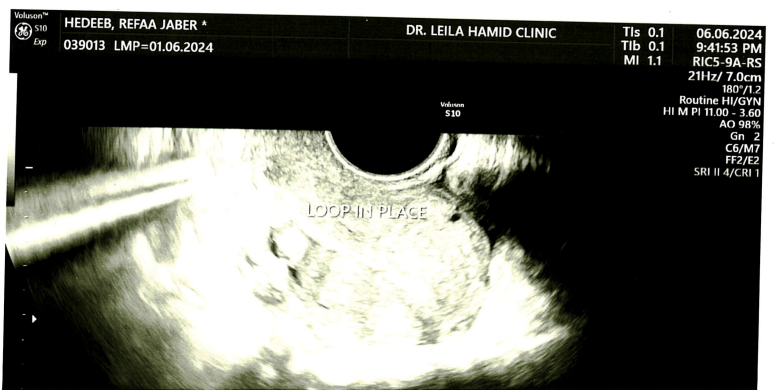
Diagnosis:

Δ for Loop insertion

Plan of Management:

Pt reassured - tt given. advised to do Pap smear

Next Appointment:



Date 6/6/2024

New Patient Registration Form

Full Name رفقة جابر محمد نجيب الاسم الكامل

Date of Birth 4/9/1998 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29863403531 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55418907 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55418907 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 Ref التوقيع

File Number 039013



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: ربة حار محمد نجيب

التاريخ: 2024/6/6

ملف رقم: 039013

التوقيع: Ref



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29863403531

الرقم:

D.O.B. 04/09/1998

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

09/10/2032

الصلاحية:



الاسم: رفعة جابر محمد بخيت هديب

Name: REFA JABER M B HEDAIB

منطقة 55 - شارع 652 - مبنى 56

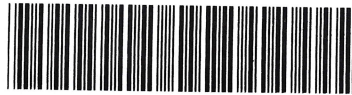
العنوان:

Serial No: 4350E1041419247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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: 20/6/24 التاريخ:

Patient's name: Refaa Jaber إسم المريض:

File No.: 03903 رقم الملف:

Age: 26 y/o Δ ov. cyst العمر:

Rx

Primidol N. tabs 5 mg
٥ حبة ٥ ملغ
٥ حبة ٥ ملغ
٥ حبة ٥ ملغ
٥ حبة ٥ ملغ

Proquilon tabs (20)
٢٠ حبة ٢٠ ملغ
٢٠ حبة ٢٠ ملغ
٢٠ حبة ٢٠ ملغ
٢٠ حبة ٢٠ ملغ

Doctor's signature:

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

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

06 JUN 2024

Date:

التاريخ:

Patient's name:

Re-faa Saber

إسم المريض:

File No.:

039013

رقم الملف:

Age:

26 yrs

A Cervicitis

العمر:

Rx

Betadine vag. supps. (14)

تحليل كل أسبوعين لمدة ١٤ يوم

٥ لسان عتيالية تشخيص

كل ١٤ يوم

Doctor's signature:

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