



File No.: 039728

Nationality: SCED

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039728
Name: REFQA YASEEN SAEED
QID No: 28973602821 Sex: Female
Mob: 50320483 ADDRESS: ALNASER

Age: 35y/0

Marital Status: 4yrs

Name: AZZAM Hashif Ahmad

one:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Lower abdominal pain, left n/2wk, and she want to conceive. was use prior method for contraception and safe period. now she try to conceive for the last 3 months.

Medical History: ITP

P.H. ovarian cystectomy F.H. DM & HTN twice. (2005, 2006), (F) (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs.

L.N.M.P

3/10/24 Am

Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 7 days

Menstrual Symptoms: mild pain

Menopause:

Parity: P 1 Abortion 0

Ectopic

LCB 2-2022



EM C/S due to F.D.



EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 66.5 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, scars of C/S and ovarian cystectomy.

Breasts: No galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. —

Bimanual Exam. —

Rectal Exam. —

Investigation Requested:

US Normal Pelvic organ.

Diagnosis: normal pelvic organ sig subfm

Plan of Management: induction of ovulation

Next Appointment:



Date 5 / 10 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name رقية نيس محمد عبد الله الإسم الكامل

Date of Birth 1989 / 9 / 5 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation محاسبة المهنة

I.D Number 28973602821 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 50320 488 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 3374 6764 رقم الجوال

Emergency Contact Person عزام حاتم احمد أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 3374 6764 رقم هاتف

Address: Building No. 39 Zone No. 934 Street No. العنوان: البناية رقم المنطقة رقم الشارع

12 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 239728

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: رَفْعَه لَيْسَى سَعِيد

التاريخ: ٢٤-١٥-٢٠٢٥

ملف رقم: ٥ 39728

التوقيع :



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28973602821 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 07/09/1989 تاريخ الميلاد:
Expiry: 23/07/2026 الصلاحية:
سودانية الجنسية:
Nationality: SUDAN
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: رفقہ یس سعید حمد النیل

Name: RIFGA ELNIEL

Passport Number: P07624598 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 10/02/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30228973602821 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: عزام هاشم احمد عطا الفضيل المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

