



File No.: 039262

Nationality: INDIAN

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039262  
Name: REKHA BALAN AWLIKALBOR  
QID No: 28935656023 Sex: Female  
Mob: 55994445 ADDRESS: RAYYAN

Age: 35 YRS.

Marital Status: 20 YRS.

Spouse's Name: SELVA KUMAR

Home Phone:

Residence Phone:

### SYMPTOMS:

CLM heavy irregular period  
contains clots. Period came on 1-7-24 &  
then again on 12-7-24.

Medical History: Non.

P.H. - CLS FH. DMCM

- Tubal ligation 2009.

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 Yrs.

L.N.M.P 1-7-2024 → again 12-7-24

Menstrual Habits: regular - last for 5-6 days - every month

Menstrual Symptoms: heavy

Menopause:

Parity: P 2

Abortion

Ectopic

LCB 2009  
15 Yrs.

♀

2

♂

Both CLS

### EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 74.3 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 120/70 mm Hg

obese & PCO features - not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: obese. & ♂ pattern hair distribution.

Breasts: well developed - no galactorrhoea.

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. heavy bleeding & clots. PCX looks normal.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not done.

- S-F HCG -ve

### Investigation Requested:

T.U.S = A/Y normal size uterus, ET 8-8mm.  
R+ ovary showed PCO picture. Left ovary looks  
normal - no cyst - no FFCDS.

Diagnosis:

Δ metromenorrhagia & PCO.

Plan of Management:

Pt reassured. & given.

Next Appointment:

Date 25 / 7 / 24

**New Patient Registration Form**

Full Name Rekha Bala n ..... الاسم الكامل

Date of Birth 23/3/1989 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality INDIA ..... الجنسية

Occupation عالمة منزل ..... المهنة

I.D Number 28935656023 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55994445 ..... 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 / أقارب

☐ Others / أخرى

How do you want us to address you ? ..... كيف تفضل أن نناديك ؟

☐ By Name / بالإسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ ..... إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature Rekha ..... التوقيع

File Number 039262 .....



## 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.

Retha Balan

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 25-7-24

ملف رقم: 039262

التوقيع: Rekha



State Of Qatar  
Residency Permit



دولة قطر  
رخصة إقامة

ID.No: 28935656023 الرقم الشخصي:

D.O.B.: 23/03/1989 تاريخ الميلاد:

Expiry: 16/11/2024 الصلاحية:

الهند الجنسية:

Nationality: INDIA

Occupation: عاملة منزل المهنة:

الاسم: ريخا بلان اوليكالپورايديم شيلان

Name: REKHA BALAN CHELLAYAN



Passport Number: U8043971  
Passport Expiry: 03/01/2031  
Serial No: 30228935656023  
Residency Type: عمل  
Employer: راشد مسفر حمد الشهواني الهلجري  
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



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.

25 JUL 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: إسم المريض: Rekha Balan

File No.: رقم الملف: 039262

Age: العمر: 35 yrs. Amenorrhagia

Rx

- Dicynone inj. 250mg (2)  
1.M now.

- Dicynone tabs 500mg  
1 x 3 till bleeding stop

[not more than 5 days]

- Diane 35 caps (2)

حب ٣٥ يومياً مع فاصل يومين  
٧ أيام

Doctor's signature:



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