

1st EM c/s
2nd c/s
(elective due to
congenital heart disease
"T.G.A.")



Already seen

File No.:

039801

Transposiⁿ of great
vessels

Nationality:

SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039801

Name: REMAZ MOHAMMED ALSEDDI

QID No: 29173601879

Sex: Female

Mob: 55206194

ADDRESS: MAEZER

Age:

33 yrs

Marital Status:

12 yrs

ne:

Abdulrahman Mohammed

Residence Phone:

45 years

SYMPTOMS:

- want to conceive, was on natural family planing for 7 years -
condom. staying together, regular S-R twice /wk -
ward (twin) - for TWINS also
- Diabetic newly -
on insulin control
- smoker -
and

Medical History:

Non

P.H.

Non apt of

F.H.

DM(F)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

16 years

L.N.M.P

14-10-24 PM

Menstrual Habits:

regular, monthly lasting 6 days -

D, 15/10

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

2

Abortion

0

Ectopic

LCB

2017



1



both by c/s

EXAMINATION

General Examination: Ht. 172 cm

Wt. 75.8

Kg BMI

Kg/m² Bp 130/90 mm Hg

normal ♀ looks

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

For twins

Plan of Management:

told not advised
prefers not to continue

Next Appointment:

Visit cancelled



Date 16 / 10 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name ريهان محمد الصديق الإسم الكامل

Date of Birth 24.8.2024 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظفة (خوفا) المهنة

I.D Number 28173001879 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55206194 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33686028 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 47 رقم المنطقة 53 رقم الشارع 680 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 0397801

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: رهاز عجد

التاريخ: 16-10-2024

ملف رقم: 0397801

التوقيع: [Signature]

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية ونوليد
ترخيص رقم P032

[Signature]

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29173601879 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 24/08/1991 تاريخ الميلاد:
Expiry: 03/12/2024 الصلاحية:
Nationality: سودانية الجنسية:
Occupation: موظفه المهنة:



الاسم: ريماز محمد الصديق عثمان

Name: REMAZ OSMAN

Passport Number: P06022290
Passport Expiry: 30/07/2024
Serial No: 30429173601879
Residency Type: عمل
Employer: قوة الامن الداخلي
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

