

1st marriage was for 10/12
P+1 blighted ovum
Ec - 2019



1st marriage for him

File No.: 038977

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038977
Name: ROWAA ALQASSIM MOUSA
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 50452733 ADDRESS: ALGHARAFA



Age: 2005
20y3

Marital Status: 8 months

Spouse's Name: Alsamani Mohammedin
42 years, Medically free, Smoker
Residence Phone:

SYMPTOMS:

she want to conceive, Remarried, S-R = 2-3/wk, not received treatment before. also she complain of vaginal lesions??
no abnormal vaginal discharge.
5/12

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years

L.N.M.P

29-7-24 Am

Menstrual Habits: regular, lasting 5 days every 28 days.

Menstrual Symptoms: Moderate pain.

Menopause:

Parity: P 0 Abortion 0

Ectopic

LCB



if wk evacuated surgically 2019.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 62.8 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

slow reaction, normal G look.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: no galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. perineal warts excoriated, Menstruating

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Not saved A/F wt of regular contour
2 normal ovaries

Diagnosis: Gynae checkup, Genital Warts, + Wants to conceive
Wants to conceive + genital warts.

Plan of Management:

SFA C.T 8/8 + Wart excision

Next Appointment:

S P 11/12 +

Name: Rowaa Alqassim

File Number: 039977

- abd. u/s, no place for T.V.S (very tight Circumcision).

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
8.8.24 63Kg 120/80	29-7-24 AM D11	—	GnA 10-7mm	one leading 16-6mm	no leading
				no FFCDS د. سلمى بابكر احمد Dr. Selma Babiker Ahmed Specialist (Obstetrics & gynecology) اختصاصية : نساء وولادة ترخيص رقم P11399  DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER W.L.L	

Notes:



Patient Name : ELSMANI MOHAMEDIN ELHAG YOUNIS
 File No : 2589801
 Visit No : ALN212599
 Consultant : Dr. Laila Hamid Hassan

Age : 42 Year(s) 7 Month(s) 3 Day(s)
 Gender : Male
 Identity Type : 28273601310
 Sample Date : 04/08/2024 07:28:21 PM

Test	Result	Unit	Reference Values
Days of Abstinence	: 6 Days		
Time of collection	: 7:10 PM		
Place of Collection	: Lab Collection		
Volume	: 1.3	ml	> 1.4
Colour	: Greyish White		Greyish White
PH	: Alkaline		Alkaline
Viscosity	: Normal		
Sperm Concentration	: 97.40	million/mL	> 16
Total Count	: 126.62	million/ejaculate	> 39
Fast Forward Progressive (grade a):	: 10	%	Progressive(a+b) >30%
Slow Progressive (grade b)	: 30	%	
Sluggish (grade c)	: 10	%	
Immotile (Grade D)	: 50	%	
Viability (within 1 hour)	: 55	%	> 54 %
Normal Forms	: 15	%	> 4 %
Abnormal Forms	: 85	%	
Abnormal Heads	: 40	%	
Abnormal Tails	: 35	%	
Abnormal Midpiece	: 10	%	
Pus Cells	: 1 - 2	/ HPF	
Red Blood Cells	: 0 - 2	/ HPF	
Immature Sperm Cells	: 2 - 4	/ HPF	

Comments:

احضرت العينه بمعرفة المريض وعلى مسئوليتته

Dr. Samir Abbas Kheder
 Laboratory
 Medicine/Clinical Pathology
 License No. P13160

Result Date/Time : 04/08/2024 08:48:15 PM

Lab Tech : HIND ALTAHAINEH

Lab Doctor: Dr.SAMIR KHEDR / P13160

AL Kinana St. - Al Nasr
 Tel.: +974 4442 0900
 Fax.: +974 4442 1900



شارع الكنانة - النصر
 هاتف: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ١٩٠٠
 الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ١٩٠٠

Al Maadeed St. - Al Mamoura
 Tel.: +974 4416 0222
 Fax: +974 4416 0333



شارع المعاصيد - المعمورة
 هاتف: +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٢٢٢
 الفاكس: +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٣٣٣

Al Aziziya- Al Waab St.
 Tel.: +974 4450 0074
 Fax: +974 4460 3040



شارع الوعب، العزيزية
 هاتف: +٩٧٤ ٤٤٥٠ ٠٠٧٤
 الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٦٠ ٣٠٤٠

Date 30 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الاسم 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 البناء 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 استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 038977

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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:

التاريخ: 8-8-24

ملف رقم: 038977

التوقيع:

د. سلمى بابكر احمد
Dr. Selma Babiker Ahmed
تسليم وولادة
Obstetrics & gynecology
ترخيص رقم P11399

د. س.



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.

استأه

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 20-7-2024

ملف رقم: 038977

التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P32

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28273601310 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/01/1982 تاريخ الميلاد:
Expiry: 06/04/2025 الصلاحية:
سوداني الجنسية:



Nationality: SUDAN

Occupation: فني المهنة:

الاسم: السمانى محمددين الحاج يونس

Name: ELSMANI MOHAMEDIN ELHAG YOUNIS

Passport Number: P07899658 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 04/04/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 31228273601310 الرقم الممثل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: مجموعة برزان الصناعية كيو اس تي بي ذ.م.م المستقدم:

مدير عام الادارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



الاسم

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

No

Prescription

وصفة طبية

Date:

08 AUG 2024

Patient's name:

Rowaa Alassim

File No.:

038977

Age:

20 yrs

التاريخ:

إسم المريض:

رقم الملف:

العمر:

Rx

G-want's cream

كريم مصف - كل ٢ مرات

Ciprofloxacin Tabs 500mg

٥٠٠ ملغ - ٢ مرة

Doctor's signature:



د. سلمى بابكر أحمد

Dr. Selma Babilker Ahmed

Specialist (Obstetrics & gynecology)

إخصائية، نساء وولادة

ترخيص رقم P11399

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

Date: التاريخ:

Patient's name: EL Samani Mohamed اسم المريض:

File No.: رقم الملف:

Age: 42 years العمر: 42

Rx

Ciprofloxacin tabs 500mg
Pilo - 100 mg

Motility Max
تسوية حركة وامتصاص
بوتير - 100 mg

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523