



File No.: 039694

Nationality: JOR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039694
Name: RUBA FALIH YOUSIF
QID No: 29940001652 Sex: Female
Mob: 30784842 ADDRESS: ABU SIDRA



Age: 25 yrs

Marital Status: 1 yr

band's Name: Obadah Ibrahim Ahmed

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Following with another Gynecologist
advised for US today @ 14 for C-T.
- Stayed @ Husband only 5 months - S-R every 4-5 days
Started on Femara @ 100mg/day -
? PCO - diagnosed

Medical History:

P.H. Non

F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 Y-5

L.N.M.P

17-9-24

Menstrual Habits:

Regular every 3-4 days - 8 days

Menstrual Symptoms:

Non

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 53.1 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
well - cooperative - slim

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

Soft & No Pelvic abdominal mass Palpable - Normal
Female hair distribution.

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Not done

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

- TVS & Normal AFE uterus, GA endometrium ET 10 mm
Normal b. ov. ovaries NA typical PCO - minimal FFCS
leading Lt side follicle 13 x 12 - ovulation test - neg

Diagnosis:

Folliculogenesis, ovulation induction at another dose

Plan of Management:

Advise on ovulation induction & to await
spontaneous pregnancy.

Next Appointment:



Date 30 / 9 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الإسم 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 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 التوقيع

File Number 039694



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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 إجراء 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: د. خالد يوسف محمد

التاريخ: 30-09-2024

ملف رقم: 039694

التوقيع :



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29940001652 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 13/07/1999 تاريخ الميلاد:
Expiry: 28/07/2025 الصلاحية:
الجنسية:
Nationality: JORDAN اردنية
Occupation: ربة منزل المهنة:
الاسم: ربى فالح يوسف محمد



Name: RUBA FALEH YOUSEF MOHD

Passport Number: S002002 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 24/07/2028 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30129940001652 الرقم الممثل:
Residency Type: عائلية نوع الرخصة:
Employer: عباده ابراهيم احمد المدني المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

