



File No.: 039000

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039000

Name: SAMAH ABDULLA MOHAMMED

QID No: 29473600188

Sex: Female

Mob: 33556152

ARRESS : RAYYAN



Age: 29 yrs

Marital Status: Single

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

prolonged + heavy period since 18-5-24 - on Ozambic since december
investigations - all normal except FSH LH not done

Medical History:

P.H.

F.H. DM +

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

18-5-24

Menstrual Habits:

Regular Monthly for 6-7 days

Menstrual Symptoms:

Normal

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm

Wt. 87.9 Kg

BMI

Kg/m² Bp

100/70 mm Hg

Look: obese No Acne

Chest, C.V.S.

/ NAD

Abdomen:

/ Not Examined

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ menstruating

Investigation Requested:

Abd US, AFP, uterine ET 6-8mm
Normal both ovaries normal

Diagnosis:

prolonged period 2: S.E of Ozambic

Plan of Management:

FSH, LH 10

Next Appointment:

Date 5/6/2024

New Patient Registration Form

Full Name سامية عبد الله محمد علي الإسم الكامل

Date of Birth 1994/1/19 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طبيبة أستاذ المهنة

I.D Number 992727-111 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33006102 رقم الجوال

Emergency Contact Person سهام محمد علي (الأم) أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55850556 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 Samia التوقيع

File Number 039000



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: سماح عبد الله كد عبد الله

التاريخ: 5-6-2024

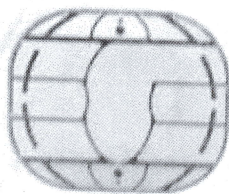
ملف رقم: 039000

التوقيع:

State of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة



ID. No: 29473600188

الرقم:

D.O.B. 09/06/1994

تاريخ الميلاد:

Expiry: 17/10/2026

الصلاحية:



الجنسية:

Nationality:

سودانية

SUDAN

Occupation:

طالبة

المهنة:

الاسم: سماح عبدالله محمد عبدالله

Name: SAMAH ABDULLA MOHAMMED ABDULLA

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 د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١/٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

05 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Samah Aldeella اسم المريض:

File No.: 039000 رقم الملف:

Age: 29/10 العمر: 29/10

Rx

Primolut N 125

2x3x2wks

Then 2x1x7day

مركز د. ليلى حامد الطبي
شارع السلام - معيذر الشمالي

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523