

- 2nd Marriage for her (had 1 kid from previous one)
- 2nd marriage for him also had kid $\approx$ 3 years age.



File No.: 039516

Nationality: BAH

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039516
Name: SARAH SAAD ZEED SEROUR
QID No: 28504800121 Sex: Female
Mob: 30300208 ADDRESS: ALSILYA

Age: 39 yrs
Marital Status: 2 yrs
Husband's Name: Mohammed Mousa Marzai
Mobile Phone: Residence Phone: 34 years

SYMPTOMS:

want to conceive, regular S-R 3 time/wk, staying together
(for 1 year psych. problem, No S.R.)

Medical History: Non / Diagnosed as PCO PH. laproscopic ovarian FH. NO

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 16 years- L.N.M.P. 31-8-24 Am
Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 5 days
Menstrual Symptoms: moderate pain Menopause:
Parity: P 1 Abortion Ectopic LCB 2010

♀ NAD, anw ♂
General Examination: Ht. 163 cm Wt. 76.7 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD, abdominoplasty scar-

Breasts: No galactoshea-

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.
Bimanual Exam. Menstruating
Rectal Exam.

Investigation Requested: not done.

Diagnosis: 2ary INF. to Rix Tubal + Ovarian

Plan of Management: D I C T

Next Appointment:

Date 3 / 9 / 2011

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 الأقراب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية 021 رقم المنطقة 55 رقم الشارع 363 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 039516



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.

علاج الحمل

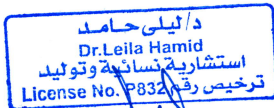
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: سارة سرور

التاريخ: ١٣ / ٩ / ٢٠٢٢

ملف رقم: ٥٣٩٥١٦

التوقيع: سارة سرور



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28504800121

الرقم:

D.O.B. 20/11/1985

تاريخ الميلاد:

Nationality: BAHRAIN /

بحرينية

الجنسية:

Date of expiry:

14/11/2028

الصلاحية:



الإسم: ساره سعد زيد سرور

Name: SARA SAAD Z SEROOR

منطقة 55 - شارع 363 - مبنى 1179

العنوان:

1112F9061D73A12A

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

