

First Marriage for both



File No.: 039248

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039248
Name: SHAHLA ABDULRAHEEM AHMED
QID No: 29473601059 Sex: Female
Mob: 66484112 ADDRESS: KULEEB

Age: 29 yrs
Marital Status: 1 yr
band's Name: Māzen Emad aldeen Suliman
Mobile Phone: Smoker (+) Residence Phone: 29 yrs

SYMPTOMS:

Want to conceive S-R daily
To every other day - Some in previous
month Intermittent has small ovarian cyst
for follow up

Medical History:

P.H.

F.H.

DM + HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12-13 yrs

L.N.M.P

14-7-24

Menstrual Habits:

Regular Monthly for 5-6 days

Menstrual Symptoms:

Primary Dysmenorrhea

Menopause:

Parity:

P

Abortion

0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 93.1 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Looks well ♀ no acne

Chest, C.V.S.

/ NAD

Abdomen:

Breasts:

Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

OK - No smelly discharge

Bimanual Exam.

Normal Pelvic

Rectal Exam.

Investigation Requested:

T-vol 1000 AF uterine ET 7-6mm
20: polyp Normal Both ovaries Normal

Diagnosis:

R+ leading follicle 18mm

Plan of Management:

Want to conceive
- SFA -> OK (telephone)
- D = FSH
- 2 = LH

Next Appointment:

then with



Date 21 / 7 / 2024

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 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 039248

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: نذرا عبد الوحيب أحمد

التاريخ: 21 / 7 / 2024

ملف رقم:

039 248

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29473601059 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 22/09/1994 تاريخ الميلاد:
Expiry: 05/09/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN
Occupation: طالب المهنة:



الاسم: شهلاء عبدالرحيم احمد جلك

Name: SHIHILA ABDEL RHIM AHMED JULUK

Passport Number: P08289491 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 26/08/2031 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30829473601059 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: عبدالرحيم احمد جلك احمد المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

ش

ش



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

Prescription

وصفة طبية

Nº

Date:

21 JUL 2024

Patient's name:

Shahla Abdullaheem

التاريخ:

File No.:

039248

إسم المريض:

Age:

29 yrs

رقم الملف:

Vaginal

العمر:

Rx

Gynocandizole vag. oulus 200mg
1x1x3d

- Lomexin vag. oulus 100mg
after 1wk

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523