

First marriage
For BAH



Husband
- 36 Y.O
- custom work
- medically free
- Non smoker
- slim

File No.: 039344

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039344
Name: SHUAA HAMAD ALMARRI
QID No: 29363404605 Sex: Female
Mob: 33135228 ADDRESS: ALWAKRA



Age: 31 yrs

Marital Status: 3 1/2 months

id's Name: Ghanim Mohammed Alazba

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- want's to conceive - Regular
S-R 3 times / wks - Satisfactory -

Medical History:

Medically Free

P.H. - Neck muscle surgery

F.H. DM mother

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 Y.O

Menstrual Habits:

Regular every 30 days -

L.N.M.P

6-8-24 pm
3 days

Menstrual Symptoms:

mild dysmenorrhea

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion 0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm

Wt. 72.6 Kg

BMI

Kg/m²

Bp 120/80 mm Hg

well - Cooper's sign - No
excessive facial hair or acne

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

No galactorrhea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

menstruating

Investigation Requested:

Diagnosis:

Eager to conceive - Newly married
healthy

Plan of Management:

- Folic acid Preconception - C.T D₁₂
- Expectant management awaiting spontaneous Pregnancy

Next Appointment:



Date 8 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name شجاع محمد الودعاني الإسم الكامل

Date of Birth 17/2/1993 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظف المهنة

I.D Number 29363404605 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 33135228 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 4 Zone No. 91 Street No. 459 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 / بالاسم ☒ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities

إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature شجاع محمد الودعاني التوقيع

File Number 039344

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلي 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: شعاع الودعاي

التاريخ: ٨/٨/٢٠٢٤

ملف رقم: 0344

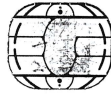
التوقيع: شعاع الودعاي



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29363404605

الرقم:

D.O.B. 17/02/1993

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

20/08/2033

الصلاحية:



الإسم: شعاع حمد راشد الودعاني المری

Name: SHUAA HAMAD R A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 829 - مبنى 4

العنوان:

Serial No:

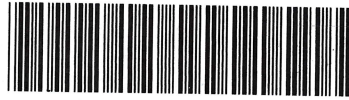
1113F9076E22A12A

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

شعاع الودعاني



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

Date: 08 AUG 2024 التاريخ:

Patient's name: Shuaa Hamad اسم المريض:

File No.: 039344 رقم الملف:

Age: 31 years / Heroin addiction العمر:

Rx

Folic acid + b12 1mg

حببة بي سي ١٢ + حمض فوليك ١ ملج

S

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523