

First marriage
for both



File No.: 039826

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039826
Name: YASMEEN MOHAMMED
QID No: 30173600535 Sex: Female
Mob: 66753589 ADDRESS: M/KHALIFA

Age: 22 yrs
Marital Status: 11 yrs
band's Name: Abdulrahman Alyass
Phone: smokes now
Residence Phone: 27 yrs

SYMPTOMS:

- want to conceive (in frequent S-R
& used Natural Method for contraceptive
2/12 concerning the pregnancy

Medical History: know Asthma 3-4 times
P.H. 15/12/2018 F.H. DM & HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12-13 yrs
Menstrual Habits: Regular monthly 4-5 days
Menstrual Symptoms: N/A
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB
Menopause: L.N.M.P 5-10-24



EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 87 kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Looks well & cooperative NO acne Nor
Chest, C.V.S. Hirsutism

Abdomen: N/A

Breasts: N/A

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

T-rals A/E uterus CA 3 Nice lining
E-T 10mm leading 18mm Leading Follicle
Diagnosis: N/A

Plan of Management:

want to conceive

Next Appointment:

Reason

Date 20 / 10 / 2019

New Patient Registration Form

Full Name ياسمين محمد عبد الرازق الطيب الاسم الكامل

Date of Birth 2001 / 12 / 15 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 30173600535 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66753589 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج / عبد الرحمن إلياس أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 50009942 رقم هاتف

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

رقم البناء رقم المنطقة رقم الشارع العنوان:

How did you hear about our Center

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ 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 039826

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: ياسمين محمد عبد الرزاق

التاريخ: 20/10/2024

ملف رقم:

التوقيع:



د. ابتسام عبد الله الطبيب
Dr. Ebtessam Abdullah
طبيب عام (نساء وتوليد)
GP (Obstetrics & Gynecology)
ترخيص رقم: P6685

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 30173600535 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 05/12/2001 تاريخ الميلاد:
Expiry: 16/04/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: ربة منزل المهنة:

الاسم: ياسمين محمد عبدالرازق الطيب

Name: YASMEN MOHAMED ABDELRAZEG ELTAYB



Passport Number: P11289454

Passport Expiry: 24/11/2033

Serial No: 31230173600535

Residency Type: عائلية

Employer: عبدالرحمن الياس عطاالفضل محمد

مدير عام الادارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم: