



File No.: 038909

Nationality: PAK

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL

File No: 038909

NAME: ZAHRA FAHAD

NO: 28758601011 SEX: FEMALE

MOB: 66994495 ADDRESS: UM GARN



Age: 36

Marital Status: 15 YEARS

d's Name: FAHAD ALI MAQI

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Delayed Period L-- Pm 18.4.24
 N/A Kumm Pco but used to have irregular cycle
 N/A on contraception.

Medical History: medically Free

P.H. - 1: Post suctory F.H. DM+HTN
 - Body contouring Parents
 - C/S ①

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

18-4-24

Menstrual Habits:

Irregular cycle every 2-3 months - 5 days

Menstrual Symptoms:

N/A Significant

Menopause:

Parity:

P

4

Abortion

Ectopic

LCB 3 1/2 Y-s

♀

0

♂

4

EXAMINATION

General Examination: Ht.

159 cm

Wt.

73.9

Kg BMI

Kg/m² Bp

110/80

mm Hg

Well - compensated

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

No galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ N/A done

Investigation Requested:

TVS → see the Report

Diagnosis:

Delayed Period - used to have cycle rhythm 2 months

Plan of Management:

Pessaries + baby goal Program

Next Appointment:



GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO: 038909
	NAME: Zahra Fahad
	LMP: 18-4-24
	GRAVIDA: PARA: 4 ABORTION:
	REASON FOR SCAN: Delayed Period

UTERUS:

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL STRIP:

NORMAL

GA ET 7-8mm

THICKENED

ADNEXA:

R OVARY 29 MM X 26 MM

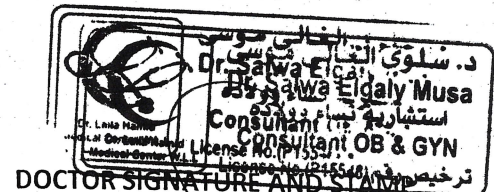
L OVARY 34 MM X 31 MM

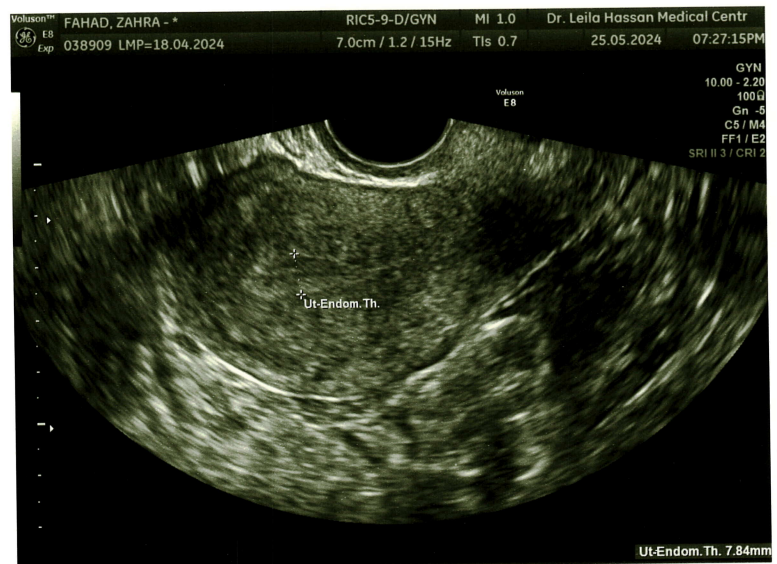
OTHER FINDINGS:

No FFCDs - Dominant Lt Follicle 22x20mm

IMPRESSION:

Normal Pelvic Gyn Scan





Date 25 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Zahra Fahad الاسم الكامل

Date of Birth 14.7.1987 تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality Pakistani الجنسية

Occupation Leasing Coordinator المهنة

I.D Number 28758601011 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) — رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66994495 - 55225562 رقم الجوال

Emergency Contact Person Husband - Fahad Ali أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55225562 رقم هاتف

Address: Building No. 62 Zone No. 70 Street No. 220 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 [Signature] التوقيع

File Number 038909

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: رهرة فهد

التاريخ: ٢٤ / ٥ / ٢٠٢٠

ملف رقم: ٥٣٨٩٥٩

التوقيع:

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، Zahra Fahad، الموقعة أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلى حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريضة: Zahra Fahad
رقم الملف: 038909
رقم الجوال: 66994495
التاريخ: 25.5.2024
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

[Signature]
التوقيع:

Subject: Insurance Payment Agreement

I, _____, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of _____ QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: _____

File number: _____

Mobile no.: _____

Date: _____

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: _____