



File No.: 039019

Nationality: Q.

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039019
Name: ALREEM AHMED ALMENHALI
QID No: 29063401864 Sex: Female
Mob: 66588565 Address: ain khalid



Age: 34 yrs.

Marital Status: 4 yrs.

and's Name: Amer Saeed Al Ghafrani

le Phone: Residence Phone: القافري

SYMPTOMS:

abnormal Periods May & June, withdrawn after Gynerone then Duph.
has loop for 3 1/2 - prolonged period will go to Haj.

Medical History: 1st pregn 6/12 Chromom. P.H. Eye lasik F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 L.N.M.P 8.6.2024 Am
Menstrual Habits: monthly usually after aged 25, for 7 days
Menstrual Symptoms: Menopause:
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic LCB

♀ 1 ♂ 2

EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 79.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

palp (+), normal g look, normal built

Chest, C.V.S. N.A.D

Abdomen: N.A.D

Breasts: normal looking

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex of multi thread 1cm; bleeding considerable

Bimanual Exam. Loop pushed up

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Uls loop little bit low.
pushed up under Uls guidance

Diagnosis: Menorrhagia,.

Plan of Management:

Dicyclene 500 1.m o.k

Next Appointment:

then 2x for 2 doses



Date 7 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Aireen Ahmad Al-Menhawir الإسم الكامل

Date of Birth 23/4/1990 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Academic Advisor المهنة

I.D Number 29063401864 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66588565 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 101 Zone No. 56 Street No. 665 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 [Signature] التوقيع

File Number 039019

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.

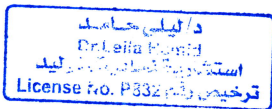
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: الرحيم أحمد المنهالي

التاريخ: 9/6/24

ملف رقم: 039019

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29063401864

الرقم:

D.O.B. 23/04/1990

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

26/07/2031

الصلاحية:



الإسم: الريم احمد غيثان سعيد المنهالي

Name: ALREEM AHMAD G S AL-MENHALI

منطقة 56 - شارع 665 - مبنى 101

العنوان:

Serial No: 43519A0A340C247D

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L.
Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.
تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معبر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

No

Prescription

وصفة طبية

Date:

Patient's name:

File No.:

Age:

التاريخ:

إسم المريض:

رقم الملف:

العمر:

Rx

metrorrhagia
for investigation
Dicynone 250 mg
② ٢ حبة ٢٥٠ ملج
① ١ حبة ٢٥٠ ملج

Dicynone 500 mg
١ حبة ٥٠٠ ملج
٢ حبة ٥٠٠ ملج

Doctor's signature:

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