

1st 2010
2nd 2014
2nd 2021

3C/S



File No.: 039425

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039425
Name: DANA MOHAMMED LEBDA
QID No: 28763402489 Sex: Female
Mob: 33838835 ADDRESS : BANI HAJER



Age: 36 yrs

Marital Status: 13 yrs

band's Name: Khalid Mohsen Almarri

Mobile Phone:

Residence Phone:

-45 years-

-medically Free-

not need - not smoker

SYMPTOMS:

want to conceive, all previous pregnancy was normal induction
not received contraceptive, S.R not regular every 2 weeks/month
uses no contraceptives apart from coitus interruptus
S.R twice/month

Medical History:

Non Spont preg

P.H. non apart of 3 yrs F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 years

L.N.M.P

15-8-24 Am.

Menstrual Habits: was regular until last 3 months, lasting 6 days, every 28 days

Menstrual Symptoms: with pain

Menopause:

Parity: P 3 Abortion 0

Ectopic

LCB 31-1-202

♀ 0

♂ 3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 162.5 cm Wt. 85.8 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

non educated, normal p look,

Chest, C.V.S. NA

Abdomen:

fatty

Breasts:

small

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

not done

Rectal Exam.

Investigation Requested:

not indicated = empty bladder

Diagnosis:

2nd INF, 3 factor, ↓ libido -

Plan of Management:

infrequent S.R

Next Appointment:



Date 22/8/24

New Patient Registration Form

Full Name دانة محمد جابر لينة الإسم الكامل

Date of Birth 1917/8-1-19 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation مربية منزل المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33838835 رقم الجوال

Emergency Contact Person 5520 4438 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

24 رقم البناية 51 رقم المنطقة 1101 رقم الشارع بنى هاجم 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 039425

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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 إجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

علاج للحمل

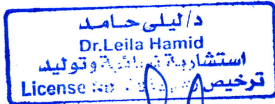
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: دانه محمد جابر له

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٨ / ٢٢

ملف رقم: ٥٣٩٤٢٥

التوقيع: دانه



This Passport is valid for all countries
unless otherwise endorsed



Passport N° 01654606 رقم الجواز

دانه محمد جابر محمد لېده

Date of birth	تاريخ الميلاد	Personal No.	الرقم الشخصي
12 08	1987	28763402489	
Sex	Place of birth		محل الميلاد
F	QATAR		قطر
Date of issue	تاريخ الإصدار		
15 12	2021	Holder's signature	توقيع حامل الجواز
Date of expiry	تاريخ الانتهاء		
14 12	2026		



older's signature توقيع حامل الجواز

215

P<QATLUBDAH<<DANA<MOHAMMED<J<M<<<<<<<<<<<
01654606<0QAT8708128F261214428763402489<<<32