



File No.: 038985

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038985
Name: FATIMA MOHAMED ALMARRI
QID No: 27963402881 Sex: Female
Mob : 55357153 Address: MUITHER



Age: 44 y.o

Marital Status: SINGLE

band's Name:

Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

her period became irregular
2 time in previous year 5-8 yrs came
want to Haj she will

Medical History: on thyroxin 175mg > 5yrs P.H. 1 F.H. HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12yrs L.N.M.P 7-5-24
Menstrual Habits: Regular & strongly For 2.wks before now
Menstrual Symptoms:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB
Menopause:



EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 92.8 Kg BMI 100/70 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

she will travel to Haj
want postpone her period
Rx, given

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م

Date 3 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name ناظم محمد علي الإسم الكامل

Date of Birth 19/09/11/18 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظف المهنة

I.D Number 27963402881 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55357153 رقم الجوال

Emergency Contact Person نور أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55410314 رقم هاتف

Address: Building No. 73 Zone No. 55 Street No. 368 العنوان: رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع

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 ☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 038985



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: خاتمة

التاريخ: 3/6/2024

ملف رقم: 038985

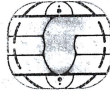
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27963402881

الرقم:

D.O.B: 18/11/1979

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

10/02/2028

الصلاحية:



الإسم: فاطمه محمد راشد الودعاني المري

Name: FATIMA MOHAMMED R A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 368 - مبنى 73

العنوان:

Serial No:

5358251313CA32DF

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 - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: التاريخ:

Patient's name: Fatima mohammed اسم المريض:

File No.: 038985 رقم الملف:

Age: 44/10 العمر:

Rx

primolut N 5mg
2x2x 5day
- then 2x1x8day

Doctor's signature:

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