



File No.: 039444

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039444
Name: HAJER MUSTAFA ALMUTASHI
QID No: 29173603387
Mob: 39972662
Sex: Female
ADDRESS: ALSAAD

Age: 33 yrs
Marital Status: 2 months
sband's Name: Jada Kareem Ismaeil (31/1)
bile Phone:
Residence Phone:

SYMPTOMS:

3-4 times / week - want to conceive - S-R (diary to dyspareunia)

Medical History: used to 6/12
Nsn paro off after marriage

P.H. Liposuction
F.H. DM + HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs
Menstrual Habits: Regular Monthly
Menstrual Symptoms: primary dysmenorrhea
Parity: P 0 Abortion 0
Menopause: L.N.M.P 7-8-24
Ectopic 4-5 days
LCB

EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 97.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Chest, C.V.S. Look well No acc nor hirsution

Abdomen: NAD

Breasts: Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

SIE CX- No seen white
discharge No Smelling around
vulva un-coagulated

Diagnosis:

want to conceive

Plan of Management:

counselled well

Next Appointment:

D-1st 4th



Date 25/8/2011

New Patient Registration Form

Full Name هادي مصطفى ابراهيم الهنصلي الإسم الكامل

Date of Birth 23/05/1991 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation محاسب المهنة

I.D Number 29173603387 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 39972662 رقم الجوال

Emergency Contact Person أم هادي (الطبيب) أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. 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

استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039444

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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: هاريس ابراهيم

التاريخ: 25-8-24

ملف رقم: 039444

التوقيع:




State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29173603387 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 23/05/1991 تاريخ الميلاد:
Expiry: 08/08/2024 الصلاحية:
سودانية الجنسية:



Nationality: SUDAN

المهنة: محاسبة - مراجع - مدققت حسابات

الاسم: هاجر مصطفى ابراهيم المتعشي

Name: HAJER MUS7AFA IBRAHIM ELMUTASHY

Passport Number:

P07257042

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

21/11/2025

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

30129173603387

الرقم المسلسل:

Residency Type:

عمل

نوع الرخصة:

Employer:

صالون كنز الزينة للنساء

المستقدم:

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

هاجر

