

- 1st and 2nd baby had blood disease
- 4th baby Cerebral palsy



Cousins
Father = carrier

File No.: 039556

Nationality: SYR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039556
Name: HANADI HAMAD AAZAB
QID No: 29576000518
Mob: 77445504
Sex: Female
ADDRESS: RAYYAN

Age: 29 yrs
Marital Status: 13 yrs
s Name: Adel Madeeh Alazab
Residence Phone: none

SYMPTOMS:

want to conceive, stop contraception for 2 years, Regular relation SR 3-4/WK-
for 3 times - staying together, Regular relation SR 3-4/WK-
- 35 years old, Free
- smoker, Failed IVF

Medical History:

Non idiopathic thrombocytopenic purpura

Non apart of 4 C/S

F.H. DM, hypothy (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 years

Menstrual Habits: regular, Monthly, lasting 5 days

Menstrual Symptoms: mild pain

Parity: P 4 Abortion 0

Menopause:

Ectopic

LCB 11-4-2019

♀ 3 all by C/S, ♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 78 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
looks her age, coop.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD, there is C/S scars - nicely done

Breasts: No galactorrhea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. Not done

Rectal Exam.

Investigation Requested:

AUT - ut of regular contour, normal endomet
ovaries 4x3 both NLS Normal

Diagnosis: Wants to conceive

Plan of Management:

advised IVF & GPD

Next Appointment:

Glanzman thrombocytopenia



Date 9/9/29

New Patient Registration Form

Full Name هنادي محمد العزب الإسم الكامل

Date of Birth 10/9/1998 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number ٤٩٥٧٦٠٠٠٥١٨ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ٧٧٨٢ ٩٣٣٨ رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٧٧٤٤ ٥٥٠٤ رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 14 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 إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض ☐

Signature التوقيع

File Number 039556

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.

باسم

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

اسم المريض / المريضة: هادي صر كذاب

التاريخ: ٢٠١٩ / ٩ / ٢٤

ملف رقم: 039556

التوقيع: 

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29576000518
D.O.B: 10/09/1995
Expiry: 28/08/2022

الرقم الشخصي:
تاريخ الميلاد:
الصلاحية:
الجنسية:



Nationality: سورية
Occupation: SYRIA موظفه

المهنة:

الإسم: هنادي حمد العذاب

Name: HNADI HAMAD ALATHAB

Passport Number: N014340601
Passport Expiry: 25/11/2026
Serial No: 30829576000518

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

Residency Type: عمل
Employer: اكستراكو لاعمال الحفر والنقل

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



2022-08-03 13:36:15



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L.

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

09 SEP 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Hanadi Hama l اسم المريض:

File No.: 039556 رقم الملف:

Age: 29 yrs congested pile العمر:

Rx

Neohaler cream.

دهان خارجي يوتي مرتين يوميا

Neohaler supp rectal

دهان خيول في صمغ يوتي مرة
٧ - ١٠ يوم

Folic acid tabs 5 mg

١٠ - ١٢ يوم
١٢ - ١٤

Doctor's signature:

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