

- 2nd marriage for him
has 4 yrs.
- first marriage for her.



File No.: 039017

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039017
Name: HIBA AZHARI ALBASHIR
QID No: 30273602552 Sex: Female
Mob: 55180560 ADDRESS: ALMASHAF



Age: 22 yrs

Marital Status: 3 yrs

and's Name: Osman Abdulrahman

le Phone:

Residence Phone:

42 yrs
- not smoker
- healthy
- obese

SYMPTOMS:

- she want's to conceive
- there is Symptoms Supp. Pco. no galactorrhoea.
- couple only available together for 1 yr. regular S-R
5/wk. She received Femera 2-5mg 1x2.

Medical History: medically free. P.H. none F.H. MCHTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs. L.N.M.P 30-5-24

Menstrual Habits: irregular period - last for 6 days.

Menstrual Symptoms: as is dysmenorrhoea Menopause:

Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 73.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
overall, cooperative, not pale

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD.

Breasts: well developed - no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not requested.

Investigation Requested:

1-U-S = A/v normal size uterus, ET 3.0 mm.
small fundal fibroid 0.5 x 0.6 cm. both ovaries showed
Pco picture. one Rt leading 11.5 mm. no cyst. + FFCB

Diagnosis:

Δ primary infertility. a Pco

Plan of Management: Pt reassured. to given. for cT D₁₃

Next Appointment:

Name: HIBA AZHARI ALBASHIRFile Number: 03917

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
12-6-24 120/70 74-9kg	30-5-24 AM D14	progylacton 1x3 Tamoxifen 2X1x5day	GA 12-4 mm 	one leading 12-4 mm PCO ++	no leading FFCDS
15-6-24 120/70 74-4kg	30-5-24 AM D17	clomide song 2/1x2 1/2 day	GA 12-5 mm	rub turned follicle ?? 	no leading +++ FFCDS

Notes:

12 JUN 2024 ovulation test -ve; given clomide tabs
Song 1x2x 2 1/2 - for CT after 3d.

15 JUN 2024 ovulation test +ve. for s-R today &
tomorrow.

Date 8 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name هبة ايهاب البشير احمد الاسم الكامل

Date of Birth 11/11/2000 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation رب منزل المهنة

I.D Number 30873602552 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 50259202 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person مميان عبد الرحمن أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55180560 رقم هاتف

Address: Building No. 3 Zone No. 236 Street No. 236 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 039017



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: **هبة ازهرى البشير احمد**

التاريخ: **٢٠١٨-٠٤-٠٤**

ملف رقم: **039017**

التوقيع: **هبة**



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 30273602552 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/01/2002 تاريخ الميلاد:
Expiry: 01/02/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: هبة از هري البشير احمد

Name: HIBA IZAHARI ELBASHIR AHMED

Passport Number: P11260072 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 20/11/2033 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30130273602552 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: عثمان عبدالرحمن عثمان المستقدم:

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

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 ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

12 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Heba Azkani اسم المريض:

File No.: 039017 رقم الملف:

Age: 22yr A primary infertility: العمر:

Rx

clomide tabs 50mg. (5)
كلوميدي ٥٠ ملغ ٥ حبة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523

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 د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 07 JUN 2024

التاريخ:

Patient's name: Hiba Azhari

إسم المريض:

File No.: D17539017

رقم الملف:

Age: 22 yrs

Primary infertility
Pro

Rx

Proquilon tabs (11) البضاء فقط
مرة ٣ مرات يومياً

Tamoxifen tabs 10 mg (10)

مرة ١ مرة مع الساعة ٥ مساءً
أنت

WFS Caps

كبسولة ١ كبسولة م

Doctor's signature:

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