



File No.: 039521

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039521
Name: JAMEELA RASHID ALHAJRI
QID No: 29968200518 Sex: Female
Mob: 77844000 ADDRESS: ALRAYAN

Age: 25/10
Marital Status: 3 months
Name: Fahad Hamad Alhajri
one: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Eager to conceive - Newly married.

Medical History:

medically free P.H. Not surgical F.H. DM Father & mother

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

14 Y-S

L.N.M.P

30/8/25

Menstrual Habits:

Regular every month - 4-5 days

Menstrual Symptoms:

NA Sore

Menopause:

Parity: P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 176 cm Wt. 83.6 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Well - co-operative - Nice Personality
very polite

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

- Hormonal Profile done at another clinic
- Normal Prolactin - Normal TSH level
- TVS :- RVF uterus ET 2.5 cm, Normal BAH ovaries - No FFCDs

Diagnosis:

Eager to conceive - Newly married

Plan of Management:

- Advise on ovulation days & timed S.R
- D₂ FSH & LH (Pt INSBT) - Follicle and Progesterone

Next Appointment:

د. سلوى الدخيل



Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name جيهان راتب الهادي الاسم الكامل

Date of Birth 1990/2/6 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 998660000 رقم الجوال

Emergency Contact Person 77777777 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 ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 539521

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.

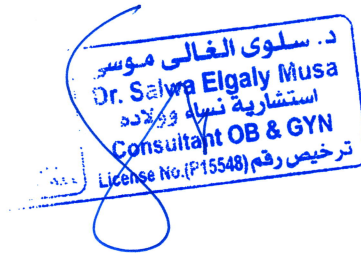
وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

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

اسم المريض / المريضة: حيلة لاش الهاجر
التاريخ: 3-9-24

ملف رقم: 039521

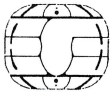
التوقيع: هـ



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID No: 29968200518

الرقم:

D.O.B: 06/02/1999

تاريخ الميلاد:

Nationality:

SAUDI

/

سعودية

الجنسية:

Date of expiry:

14/07/2029

الصلاحية:



الاسم: جميله راشد راشد الهاجري

Name: JAMILAH RASHED R ALHAJRI

AIKOOT GLOBAL CARE
Health Insurance Membership

AlKoot
INSURANCE & REINSURANCE
التأمين والتأمين وإعادة التأمين

Name : JAMILAH RASHED R ALHAJRI

Alkoot ID : 11 0098 366 02 Policy No: AK/HC/00137/2/2

Company : ASTAD PROJECT MANAGEMENT

Policy Issue Date : 29/07/2024 Membership Level : Silver



* 1 1 0 0 9 8 3 6 6 0 2 *

اتصل بنا: CONTACT US

Toll free: 800 2000 الرقم المجاني. Outside Qatar: +974 40402000 خارج قطر.

Email: customer@alkoot-medical.com البريد الإلكتروني.

healix
HEALTHCARE

عالم ميد
GlobeMed

VIDAL HEALTH

mso
MEDICAL SERVICE ORGANIZATION
HEALTHCARE MANAGEMENT

Prime Health
Primer Health for Medical Services
بريمر هيلث فور ميديكال سيرفيس

AA INTERNATIONAL
INDONESIA

MEDIGO

indus health

PREMIER HEALTHCARE
Germany

AXA

Paramount Health
New York State Health Plan

Disclaimer: This card is property of Al Koot Insurance & Reinsurance Company. The card is non transferable and usage of the card is governed by policy terms & conditions under which it is issued. This card is valid at all Provider facilities empanelled by Al Koot and its Partners for availing discounted prices for your treatment. The validity of the card is subject to continued Renewal of the policy. It is used only for identification purpose and not as an authorization to proceed with the treatment or as any guarantee of payment.

منطقة 51 - شارع 40 - مبنى 1

العنوان:

Serial No

11111206614AA127

الرقم المسلسل:

مدير ادارة الجنسية و وثائق
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

Signature of Authority

Signature of Holder



الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، حيلة الشهابي، الموقعة أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلى حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريضة: حيلة الشهابي

رقم الملف: 030521

رقم الجوال: ٧٧ ١٤٤٠٠٠

التاريخ: 03.09.24

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: ح.ب.

Subject: Insurance Payment Agreement

I, _____, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of _____ QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: _____

File number: _____

Mobile no.: _____

Date: _____

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: _____