

- 2nd Marriage for her.
- 1st marriage for him.



File No.: 039666

Nationality: PHI

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039666
Name: KATHLEEN MAY BANIQUED
QID No: 29260814992 Sex: Female
Mob: 71181133 ADDRESS: ALKHOR

Age: 32 yrs

Marital Status: 2 yrs

band's Name: Ahmed Almawaid

Mobile Phone:

Residence Phone: SUD

SYMPTOMS:

never married for 2 years, staying together, not use Contraception. Regular S-R = 3 times / wk. in Ramadan Smoker. Her husband diagnosed as Asthenospermia (15%) not received treatment - and for her just gave folic acid in HMC.

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs

L.N.M.P 25-9-24 birth P.I.N.F

Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 5 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 1

Abortion 0

Ectopic

LCB 2011



1 NVO, a.w



EXAMINATION

General Examination: Ht. 149 cm Wt. 61.5 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Coop, English speaker, normal built

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: no galactorrhoe

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not done, no Pad.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

AUF ut & G-B endomet 9mm, ovaries Rt & Lt NIS NED

Diagnosis: Early INF for investigation

Plan of Management:

say period scanty now for 2 days.

HSG

D12 C-T

Next Appointment:



Date 26/9/2024

New Patient Registration Form

Full Name كاتلين ماي اراندا الاسم الكامل

Date of Birth 21-05-1992 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 29260814992 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 71181133 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 71181133 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع العنوان:

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 / بالاسم ☐ 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 039666

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.

د. ليلى حامد

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

اسم المريض / المريضة: كاريلى حاي اراندا

التاريخ: 26-9-2024

ملف رقم: 039666

التوقيع :

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

د. ليلى حامد

د. ليلى حامد

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29260814992 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 21/05/1992 تاريخ الميلاد:
Expiry: 11/12/2024 الصلاحية:
Nationality: الفلبين الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: كاتلينماي اراندا

Name: KATHLEEN MAY BANIQUED ARANDA

Passport Number: P1538878C
Passport Expiry: 02/09/2032
Serial No: 30429260814992
Residency Type: عقلية
Employer: أحمد المؤيد خالد عوض على
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

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

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

Prescription

وصفة طبية

No

Date: 26 SEP 2024

Patient's name: Ahmed Almowaid التاريخ:

File No.: 039666 إسم المريض:

Age: 31 yrs رقم الملف:

Δ Athens sperma العمر:

Rx

Stress vit tabs
للزوجة

Co-enzyme Q10 tabs
للزوجة

Duphaston tabs 10 mg
للزوجة

Doctor's signature:

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