



File No.: 039418

Nationality: QAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039418

Name: MARIAM MOHAMED ALKAWAR

QID No: 27163402036 Sex: Female

Mob: 55070034 ADDRESS: ZQAWA



Age: 53 YRS.

Marital Status: 15 YRS.

d's Name: DIVORCED

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

heavy period, contain clots, need to change pad 3 times / hour / since 2021
received medical treatment.
Pain in the last 1 1/2 yrs. delays occasionally up to 4/12

Medical History: DM on medical treatment P.H. appendectomy F.H. DM & HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 years -

Menstrual Habits: regular, 7 days, monthly

Menstrual Symptoms:

Parity: 4 P 3 Abortion 1 Ectopic 5 months (EAC)

Menopause:

LCB 29.12.199

♀ 2 ♂ 1

all NVD - all a.w.
General Examination: Ht. 155 cm Wt. 105.1 Kg BMI Kg/m² Bp 130/70 mm Hg

Obese, coop, intelligent

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, fatty

Breasts: no galactorrhea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. cx of multi, excessive watery smelly disch

Bimanual Exam. red, inflamed vaginal walls, wide introitus.

Rectal Exam. No bleeding seen - Bonney's test - ve

Investigation Requested: AFI, uterus & regular contours & normal GA
endomet 8mm & intrauterine fibroids 1.2-1.4 cm.
Rt. alt ovaries -

Diagnosis: Postmenopausal bleeding

Plan of Management:

Refuses - Hysterectomy

Next Appointment:

advised. Mirena loop



"e-Jaza" – "Sick Leave" "إجازة" – "إجازة مرضية"

Dr. LEILA H MEDICAL CENTER

Ref No. / Order Id : 20494892

Date : Aug 21, 2024

Patient Details

بيانات المريض

QID / Passport No.

27163402036

رقم البطاقة الشخصية/ جواز السفر

Name

MARYAM MOHAMED ABDULLAH AL-KUWARI

الاسم

Place of Work

SUPREME JUDICIAL COUNCIL

مكان العمل

Primary Diagnosis :

GYNAECOLOGY CHECK UP

شخيص المبدئي :

Unfit For (1) day(s)

From 21/08/2024 to 21/08/2024

غير لائق لمدة (1) يوم/أيام

من 21/08/2024 إلى 21/08/2024

Practitioner Details

Name

Laila Hamid Hassan

بيانات الممارس

Licence No.

P832

الاسم

Scope of Practice

Obstetrics & Gynecology

ترخيص الطي



Notes

- Certificate is valid only if it is signed and stamped by the concerned healthcare practitioner and facility
- Certificate is invalid if any corrections are made, Please scan QR Code for checking details.
- Certificate is issued at patient's request.
- Certificate must be submitted to patient's organization within 7 days.
- Document number (QID/Passport no.) should correspond to the patient
- Residents and nationals should provide a QID no. otherwise sick leave is invalid.



Date 20 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name فريدم محمد عبد الله الواري الاسم الكامل

Date of Birth 16 / 5 / 1971 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظف في المجلس الأعلى للقضاء المهنة

I.D Number ٤٧١٦٤٤٠٢٠٤٦ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ٤٤٧٨٦٦٦٧ رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٥٥٠٧٠٠٤٤ رقم الجوال

Emergency Contact Person هيا منصور الهاجري أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ٥٥٨٤٠٧٦٥ رقم هاتف

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

رقم البناية ٤ - رقم المنطقة ٧١ رقم الشارع ٢٧ 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 / بالاسم ☐ 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 039418

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: مريم محمد عبد الله اللواري

التاريخ: ٢٠٢٤/٨/٢١

ملف رقم: ٥٣٩٤١٨

التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية أمراض النساء وتوليد
ترخيص رقم P933
License No. P933

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27163402036

الرقم:

D.O.B. 16/05/1971

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

07/08/2029

الصلاحية:



الاسم: مريم محمد عبدالله المطاوعه الكواري

Name: MARYAM MOHD A M AL-KUWARI

منطقة 71 - شارع 27 - مبنى 40

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

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. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

21 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Mariam Mohammed Al Kassar: اسم المريض:

File No.: 039418: رقم الملف:

Age: 53 years: العمر: heavy period

Rx

Gyno candi Zolo vag - supps 400mg (3)
حبوب فوطاين ٤٠٠ مجم ٣ مرات في اليوم

Dafflon tabs 500mg
حبوب دافلون ٥٠٠ مجم مع الدورة الشهرية أو بعدها

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523