

2nd husband
she has ♂ from first husband



First marriage
For him

File No.: 039419

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039419
Name: MASHAEL MOHAMED ALMAR
QID No: 29368200591 Sex: Female
Mob: 55955577 ADDRESS: ALMERADH

Age: 31 yrs
Marital Status: 7 months
P's Name: Mubarak Salem Hedgeeb
Phone: Smoker (+) Residence Phone: 254

SYMPTOMS:

want to conceive S-R
2-3 per week

Medical History: medically free

P.H. —

F.H. DM + HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity: P

Abortion 0

Ectopic

Menopause:

LCB 1-3-17

♀

♂ 1

EXAMINATION

NVD

General Examination: Ht. 165 cm

Wt. 68.4

Kg BMI

Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Looks well ♀

Chest, C.V.S.

/ N/A

Abdomen:

/ N/A

Breasts:

/ N/A

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ Not want

Investigation Requested:

T-vals A/F uterus Nice

Diagnosis:

Triple line ET 12-7mm & small polyp 1.5mm
Normal 16 ovary leading
Rt follicle 17mm w/ffed
H. SFA → Asthenospermia (has sperm!)

Plan of Management:

next in H. hospital

Next Appointment:



Date 21 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name شاعل محمد المر الإسم الكامل

Date of Birth 1993 - 3 - 31 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number ٢٩٣٦٨٢٠٠٥٩١ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٥٥٩٥٥٥٧٧ رقم الجوال

Emergency Contact Person 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 ☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039419

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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 إجراء 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: د. عسل محمد المرس

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٨ / ٢١

ملف رقم: ٥٣٩٤١٩

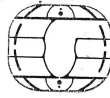
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29368200591

تاريخ الميلاد: D.O.B. 31/03/1993

الجنسية: Nationality: SAUDI / سعودية

الصلاحية: Date of expiry: 29/01/2027



الإسم: مشاعل محمد جابر الجرابعة المرى

Name: MASHAEL MOHAMMED J A ALMARRI

منطقة 81 - شارع 294 - مبنى 28

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 ذ.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: اسم المريض: Marhabel Molid

File No.: رقم الملف: 039419

Age: العمر: 31 yrs Want to: cones

Rx

Preconception

2x1 x 1/2

Motility Max cap

2x1 x 1/2
(husband) 2

Doctor's signature:

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