

039520

وزارة الصحة العامة
Ministry of Public Health
دولة قطر - State of Qatar



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

Ref No. / Order Id : 20570025

Date : Sep 03, 2024

Dr. LEILA H MEDICAL CENTER

Patient Details

بيانات المريض

QID / Passport No.

29288600352

رقم البطاقة الشخصية/ جواز السفر

Name

SARA MOHAMED HUSSEIN KASIM ALGANEHI

الإسم

Place of Work

hamad international airport

مكان العمل

Primary Diagnosis :

شخيص المبدئي :

PREGNANT 16 WEEKS WITH PELVIC PAIN

Unfit For (1) day(s)

غير لائق لمدة (1) يوم/أيام

From 03/09/2024 to 03/09/2024

من 03/09/2024 إلى 03/09/2024

Practitioner Details

بيانات الممارس

Name

Selma Babiker Ahmed

الإسم

Licence No.

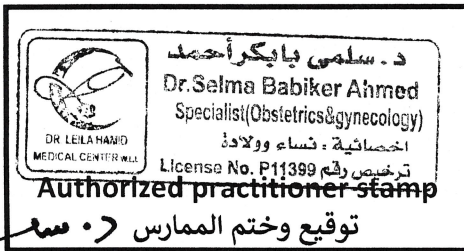
P11399

ترخيص الطي

Scope of Practice

Obstetrics & Gynecology

نطاق العمل



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.

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

SARA

Patient ID:

000

Multistix® 10 SG

Test date 09-03-2024

Time 7:29PM

Operator ESRA

Test number 2762

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative



Date 3 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name اسم الكامل سارة محمد الجاني

Date of Birth تاريخ الميلاد 1992/10/16

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية 29288600352

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي -

Mobile Number رقم الجوال 55673439

Emergency Contact Person أقرب الأقارب خالد الجاني

Emergency Contact Number رقم هاتف 5555 4796

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان: رقم البناء رقم المنطقة رقم الشارع

17 53 446

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 03 9520

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.

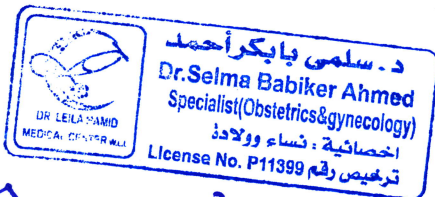
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: ٢٠١٩ / ١١ / ١٠

ملف رقم: ٥٣٩٢٥

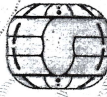
التوقيع:



STATE OF QATAR
Permanent Residence



دولة قطر
إقامة دائمة



ID. No: 29288600352 :الرقم الشخصي

D.O.B. 16/10/1992 :تاريخ الميلاد

Expiry: 20/02/2028 :الصلاحية

يمينية :الجنسية

Nationality: YEMEN

Occupation: مديرة :المهنة

الاسم: سارة محمد حسين قاسم الجانهي

Name: SARA MOHAMED HUSSEIN KASSIM ALGANEHI

Passport Number: 11409244

Passport Expiry: 20/10/2028

Serial No: 1140924455334127

منطقة 53- شارع 443- مبنى 13-

رقم جواز السفر:

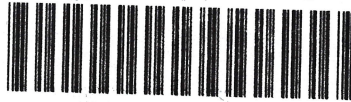
تاريخ انتهاء الجواز:

الرقم المسلسل:

العنوان:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of 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 د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

03 SEP 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Sana Mohammed اسم المريض:

File No.: 039520 رقم الملف:

Age: 32 yrs Δ cystitis & prog. العمر:

Rx

D. mannosae Sachets (14)
حرف في ١/٢ كوب ماء، ص.م.م.

Doctor's signature:

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