



File No.: 039020

Nationality: Qatar

### GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
 File No: 039020  
 Name: DALAYEL KHAMIS AL ATHBA  
 QID No: 27763401432 Sex: Female  
 Mob: 55473666 Address: AL SILIYA



Age: 46 yrs. old

Marital Status: 30 yrs.

h's Name: Fahad Ali Salem

Phone:

Residence Phone:

#### SYMPTOMS:

Will go to Haj, used gyna by Dr. Naha D5 + Primolut N. has had experience e- Primolut N = sometimes can not will be to use

Medical History: medically free PH. D & C, FH. M(C.O.M.)

#### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: L.N.M.P 17-5-2024  
 Menstrual Habits: regular - last for 1 wk every month.  
 Menstrual Symptoms: as's & dysmenorr - Menopause:  
 Parity: P 6 Abortion 4 Ectopic LCB FB xrs.  
 ♀ 2 ♂ 4 AU NVDs, a/w

#### EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 96.5 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 130/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

#### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

his loop & does not want to be checked (plan free) but did not even accept

premenstrual for mensis stoppage

refuses our suggestions

Date 9 / 6 / 2024

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... دليل عيسى سماعيل الهزيب ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 1977 / 1 / 11 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender:  Male / ذكر  Female / أنثى Nationality ..... قطري ..... الجنسية

Occupation ..... ربة البيت ..... المهنة

I.D Number ..... 27763461432 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... — ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 55 473666 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... الزوج ..... أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ..... 555 666 49 ..... 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 ..... [Signature] ..... التوقيع

File Number 039020

## نموذج الموافقة المستنيرة

### موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابتي 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: د. ليلى حامد

التاريخ: ٢٠١٩ / ١١ / ٢٠

ملف رقم: ٥٣٩٥٢٥

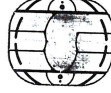
التوقيع: [Signature]

د/ليلى حامد  
Dr. Leila Hamid  
استشارية نسائية وتوليد  
ترخيص رقم P832

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27763401432

الرقم:

D.O.B. 11/08/1977

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

26/11/2033

الصلاحية:



الإسم: دليل خميس سالم خميس العذبه

Name: DELAYEL KHAMIS S K AL-ATHBA

منطقة 55 - شارع 336 - مبنى 66

العنوان:

Serial No:

1112F906316AA12A

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

