



File No.: 039026

Nationality: JOR

**GYNAECOLOGICAL SHEET**

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No:039026  
Name:ENAS MOHAMED ALBILBISI  
QID No:28240000382 Sex: Female  
Mob:55461982 ADDRESS: MURIKH



Age: 42 yrs

Marital Status: 15 years

Spouse's Name: Hussein Sadique

Mobile Phone: Jaffar Residence Phone:

**SYMPTOMS:**

- Irregular Period & Prolonged / 1 Year  
heavy-e clots - Planned for hysteroscopy  
m 5/19/24 - dry vagina & dyspareunia  
Hx of stroke

Medical History: ? irregular immunoglobulin P.H. 4 Cls + BTL F.H. Dm Fedh  
- hernial repair 2012 HTN mild

**MENSTRUAL HISTORY:**

Menarche: 12 L.N.M.P 20-5-24  
Menstrual Habits: Regular before every 30 days - 5 days  
Menstrual Symptoms: Painful cycle Menopause:  
Parity: P 4 Abortion 2 Ectopic LCB 7 Year

♀ 3 ♂ 1

**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 81.7 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 130/90 mm Hg 36°C  
normal ♀ look, Coop, normal built 84mm 18mm

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Fatty abdomen - Cls Scar

Nice personality

Breasts: NAD

**PELVIC EXAMINATION:**

Speculum Exam. ex of null. closed os, no bleed-g, no  
Bimanual Exam. abn disch. dry vagina  
Rectal Exam.

Investigation Requested: AVF w/ thin endomet 4mm, ovaries  
Rt Lt low reserve, NCS.

Diagnosis: Perimenopausal e Menometrorrhagia

Plan of Management: for Hysteroscopy Dac WWRc 5/19

Next Appointment: FSH 12 mIU/LD



Date ...../...../.....

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... إيمان محمد الباسي ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 25/6/1982 ..... تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ..... ربة منزل ..... المهنة

I.D Number ..... 2824000382 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... 55461982 ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 55461982 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... الزوج 77884747 ..... 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

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 / بالإسم  By No / بالرقم  Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities

إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature ..... إيمان ..... التوقيع

File Number 039026



## 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 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: إيناس محمد البليسي

التاريخ: 2024/9/10

ملف رقم: 039026

التوقيع: إيناس

State Of Qatar  
Residency Permit



دولة قطر  
رخصة إقامة

ID.No: 28240000382 الرقم الشخصي:  
D.O.B.: 25/06/1982 تاريخ الميلاد:  
Expiry: 02/09/2026 الصلاحية:  
الجنسية:  
Nationality: JORDAN اردنية  
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: ايناس محمد مراد عثمان البلبيسي

Name: ENAS M M O BILBEISI

Passport Number:

Q785643

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

05/02/2027

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

31228240000382

الرقم المسلسل:

Residency Type:

عقلية

نوع الرخصة:

Employer:

حسين جعفر حسين صادق

المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات  
General Director of the General  
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

