



File No.: 039133

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No:039133
Name:HAJER WAALAN ALHABABI
QID No: 28263402126 Sex: Female
Mob:55118311 ADDRESS: ALSILYA



Age: 42 yrs

Marital Status: Divorced

Partner's Name:

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

- wants to conceive twin
will marry on 28/8/24 + Assment of labia
majora & minora if any surgery or fillers needed

Medical History: Monjaro For wt reduction P.H. - liposuction FH. D.m Fdler
- hiatus hernia repair

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 Y-5 L.N.M.P 28-5-24
Menstrual Habits: irregular period every 40-50 days - 4 day
Menstrual Symptoms: Heavy clots Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB

♀ ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160.5 cm Wt. 57.8 Kg BMI 80+ Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
well, looks her age, wasted thighs skin
Chest, C.V.S. NAD skin

Abdomen: NAD

Breasts: NAD - small breasts

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. lax labia majora e- clumps of fillers
Bimanual Exam. long labia minora lt @ do not fold
Rectal Exam. tight introitus e- non-intact hymen ring

Investigation Requested:

not requested

Diagnosis: Gyne check up,

Plan of Management: uses Monjaro

Next Appointment: prelabial trimming



Date 1/7/2024

New Patient Registration Form

Full Name هاجر وعلاء محمد الخياط الإسم الكامل

Date of Birth 12/11/1982 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality قطريه الجنسية

Occupation وزيرة التربية والتعليم المهنة

I.D Number 282634002126 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55118311 رقم الجوال

Emergency Contact Person أخت أقرب الأقراب

Emergency Contact Number 77746665 رقم هاتف

Address: Building No. 35 Zone No. 59 Street No. 339 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 التوقيع

File Number 039133

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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: هيام الكبار

التاريخ: 11/7/2024

ملف رقم: 039133

التوقيع: [Signature]

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم 7832
License No. 7832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28263402126

الرقم:

D.O.B. 12/01/1982

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

30/01/2034

الصلاحية:



الإسم: هاجر وعلان محمد سالم الحبابي

Name: HAJAR WAALAN M S AL-HABABI

منطقة 55 - شارع 339 - مبنى 35

العنوان:

Serial No:

113213047041A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

