



File No.: 039225

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER 
 File No: 039225
 Name: MAHA SALEM JARALLA ALAZHAR
 QID No: 29078400025 Sex: Female
 Mob: 55222654 ADDRESS : ALWEKEER

Age: 33 yrs

Marital Status: 1yr

band's Name: Soud Mohammed Almorri

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

not lactating, bottle feeding, not on contraceptive, want to check perineal tear stitches - also had vaginal discharge through out the pregnancy and still.

Medical History: Known case of Asthma on Ventolin on need,

P.H. abdominoplasty (2018)

F.H. DM1 & HTN(M) Cardiac disease (F)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years L.N.M.P

Menstrual Habits: regular, lasting 5 days monthly -

Menstrual Symptoms: mild pain - Menopause:

Parity: P 1 Abortion 4 Ectopic LCB 29-6-24

♀ 1 ♂ 1 (From her 1st husband, complete, First trimester)

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 74.6 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Normal built, multi quenas, Alar Coup

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, scars (abdominoplasty)

Breasts: not done

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. small perineal tear already healed, small

Bimanual Exam. retrocure, perineum fine but dark skin

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: Post natal check up

Plan of Management:

for Dof ne 4 serum start up Sat

Next Appointment:

2024-01-03



Date 15 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name هنادي م. طري الإسم الكامل

Date of Birth 1990 / 09 / 12 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality عراقية الجنسية

Occupation طالبة المهنة

I.D Number CA-112-00 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 09999604 رقم الجوال

Emergency Contact Person لمشور أقرب الأقراب

Emergency Contact Number 3333111 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 039225

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: هاسال حمدي

التاريخ: ١٥ / ١٦ / ٢٠١٤

ملف رقم: 039225

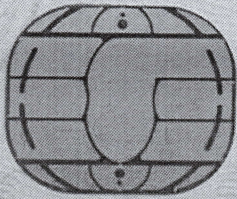
التوقيع:

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

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29078400025 الرقم

D.O.B. 17/09/1990 تاريخ الميلاد

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية

Date of expiry: 29/05/2032 الصلاحية



الإسم: مها سالم جارالله الحميدي العذبه

Name: MAHA SALEM J A AL-ATHBA

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaitheh

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 15 JUL 2024

التاريخ:

Patient's name: Maha Salem

إسم المريض:

File No.: 039225

رقم الملف:

Age: 33yr

PNC

العمر:

Rx

Betadine vaginal pessaries

خمسة كل يوم في اليوم من
اليوم الرابع (V/CN) وطلة

Yasmin cor

صبي بوجيا صبي العشاء وطلة
٨/٣ يوم من ٨/٣ وطلة ٨/٣

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523