



File No.: 039487

Nationality: SYR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039487
 Name: MARWA MOHAMMED ALHAMA
 QID No: 28676002523 Sex: Female
 Mob: 55607979 ADDRESS: RAYYAN

Age: 39 yrs
 Marital Status: 13 yrs
 Husband's Name: Ibrahim Shaheen
 Mobile Phone: _____
 Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

For loop Removal in pite failed on trial

Medical History:

P.H. 13 yrs F.H. DM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13-14 yrs
 Menstrual Habits: Regular monthly for 5 days
 Menstrual Symptoms: N/A
 Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic _____
 Menopause: _____ LCB > 12%

EXAMINATION

General Examination: Ht. 167 cm Wt. 99.6 Kg BMI _____ Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Looks ♀

Chest, C.V.S. / NAD

Abdomen: Not examined

Breasts: Not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. S/E ex -> Normal thickness not
 Bimanual Exam. Seen under u/s guide of mild
 Rectal Exam. Difficulties CAT loop removed

Investigation Requested:

Abd u/s AVE uterus loop well
 in place
 loop removal

Diagnosis:

Plan of Management:

Open

Next Appointment:

Date 31 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name مروة الحوي الإسم الكامل

Date of Birth 1986/7/15 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality سورية الجنسية

Occupation المهنة

I.D Number 28676002523 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 5560 79 79 رقم الجوال

Emergency Contact Person زكريا أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 31479318 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان: ال مسام

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع العنوان: الريان

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 استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039487

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة 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: مسرة الحموي

التاريخ: ٢١/٨/٢٠٢٤

ملف رقم: 039487

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28676002523 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 15/07/1986 تاريخ الميلاد:
Expiry: 09/10/2025 الصلاحية:
Nationality: SYRIA الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: مروه محمد غازي الحموي

Name: MARWA ALHAMWI

Passport Number: 013240958 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 12/03/2025 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30928676002523 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: محمد ابراهيم اكرم شاهين المستقدم:
مدير عم الإدارة العامة للجوازات
General Director of the 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. ليلى حامد الطبي د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

31 AUG 2014

Date: التاريخ:

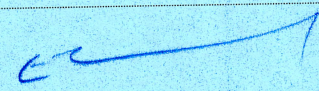
Patient's name: Marwa Mohd اسم المريض:

File No.: 039487 رقم الملف:

Age: 39yrs العمر: 100p. Ronsul

Rx - Dicyan M 1x3x3dy

- Folic acid 5mg 1x1x1/2

Doctor's signature: 

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