



File No.: 039468

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039468
Name: REEM NAMRAN ALHAJRI
QID No: 29668200702 Sex: Female
Mob: 74777457 ADDRESS: RAWDAT ALHAMAM



Age: 27 yrs

Marital Status: 9 months

Spouse's Name: Mubarak Abdulla Alhajri

Mobile Phone: 74777457

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- wants to check her EPBany
Bad & Foul smelling vaginal discharge - Not itchy
- on antibiotics (doesn't know it) - & has
culture result of WVRCS pending. Lactating
medically free

Medical History:

P.H. NOT Suffer

F.H. HTN w/ht

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Regular every month - 7 days

Menstrual Symptoms:

NA Suffer

Menopause:

Parity: P 1

Abortion 0

Ectopic

LCB 5-8-24

♀

♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm

Wt. 82.5 Kg BMI

Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

well - cooperative

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD - uterus well invaginated

Breasts:

-

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

- No Speculum P+ scanned
- inspection 2- well healed EPBany

Bimanual Exam.

minimal vaginal discharge noted

Rectal Exam.

low swab taken but declined by H
② sutures removed.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Post Partum, well healed EPBany
+ PAP contraction.

Plan of Management:

she opted to follow with WVRCS &
to continue same till she already H

Next Appointment:



Date 28 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name لينا نورا العجاوي الإسم الكامل

Date of Birth 1996 / 11 / 19 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality لبنانية الجنسية

Occupation طبيبة المهنة

I.D Number 29668200708 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 74777457 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 74777457 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوج 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 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) / فضلها التي

I receive my Rights & Responsibilities إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 77771907

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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: ريم نمران الهاجري

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٨ / ٢٨

ملف رقم: 039468

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29668200702

تاريخ الميلاد: D.O.B. 19/11/1996

الجنسية: SAUDI / سعودية

الصلاحية: Date of expiry: 05/02/2029



الإسم: ريم نمران رجأ الهاجري

Name: REEM NEMRAN R ALHAJRI

العنوان: منطقة 51 - شارع 1147 - مبنى 6

Serial No: 113416085E83A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

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. 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: 28 AUG 2024 التاريخ:

Patient's name: Room Namian اسم المريض:

File No.: 039468 رقم الملف:

Age: 27 years / contraception العمر:

Rx

Cerazotte Tabs (POP)

حببة يوسا نيسا اوكس د نتر

مشترىة تفرقة قن و ليام

الدميرة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523