



File No.: 039416

Nationality: Q

### GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
 File No: 039416  
 Name: ALANOUD FAYSAL ALHAJRI  
 QID No: 29763402292 Sex: Female  
 Mob: 33365638 ADDRESS: ALSHAHANYA



Age: 27y/0

Marital Status: 3 yrs.

Spouse's Name: Mohammed Falah Alhajri

Home Phone: Residence Phone:

#### SYMPTOMS:

clo intermenstrual spotting / this month after she stopped marvelon after few tabs. - not lactating. on marvelon COCs, irregular use.

Medical History: medically free. PH. CIS only F.H. Non.

#### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P 30/7/24

Menstrual Habits: regular last for 4 days every month.

Menstrual Symptoms: ass & dysmenorrhoea Menopause:

Parity: P 1 / Abortion 1 / Ectopic LCB 1 yr.

♀ / ♂ CIS due to breech. 1 yr. a/w.

#### EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 80.3 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 110/70 mm Hg  
obese, p pco feature. not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft. CIS scar.

Breasts: not examined.

#### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. / not done.

Bimanual Exam. / not done.

Rectal Exam. / not done.

Investigation Requested: T.U.S: R/V normal size uterus, thin endo. 3-2 mm - both ovaries showed PCO picture - no leading follicle - no cyst - no FFCDs.

Diagnosis: Δ irregular period for investigation.

Plan of Management: pt reassured. given to regulate period. advised either to take COCs properly or stopped. given to regulate period.

Next Appointment: - D<sub>2</sub> fSH, LH, TSH requested



Date 20/8/2024

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... الإسم الكامل السود وزهد الواسي

Date of Birth ..... تاريخ الميلاد 28-6-1997

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

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

Occupation ..... المهنة ساحنة

I.D Number ..... رقم البطاقة الشخصية

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

Mobile Number ..... رقم الجوال 33765638

Emergency Contact Person ..... أقرب الأقراب الأم

Emergency Contact Number ..... رقم هاتف 50549649

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 ..... التوقيع السود

File Number 03916

## 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: العنود محمد الهادي

التاريخ: 20-8-2024

ملف رقم: 039418

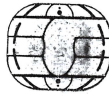
التوقيع:



State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29763402292 الرقم:

D.O.B. 28/06/1997 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 12/11/2029 الصلاحية:



الإسم: العنود فيصل تركي الساعي الهاجري

Name: ALANOUD FAISAL T A AL-HAJRI

منطقة 80 - شارع 600 - مبنى 57

العنوان:

Serial No:

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 Muaitheer  
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

20 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Alamoud - faisal : إسم المريض:

File No.: 039416 : رقم الملف:

Age: 27 yrs . 5' 10" pro : العمر:

**Rx**

proquilon tabs (21)

حبوب يومياً مرة واحدة مع الوجبة  
دواء السيت " كابتوكسيكاس" مع  
أكل، مرة واحدة

Doctor's signature:

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