



File No.: 039391

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039391
Name: AFRAA SAEED ALI ALMARRI
QID No: 30163402508 Sex: Female
Mob: 66633038 ADDRESS: RAYYAN

Age: 23 yrs

Marital Status: 4 yrs
Abdulla Rashid Alpettais

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

N.V.D. 5/7/24 @ 3kg. P₄₄.
- not lactating.
- used Evra patches, put on 14-8 & removed on 15-8 because it caused allergy. came for contraception.
Medical History: medically free P.H. Non F.H. MCOM.

MENSTRUAL HISTORY:

* she choosed implanon. she was told about all it's cons & pros.
Menarche: 13 yrs. L.N.M.P.
Menstrual Habits: regular - last for 7 days every month.
Menstrual Symptoms: ass & dysmenarch. Menopause:
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic LCB 5-7-24
♀ 1 ♂ 2 AU NVD, q.w.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 155 cm Wt. 50 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
cooperative, not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen:

NAD.

Breasts:

not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

not done.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

70073484.00

Plan of Management:

At reassured. Implanon inserted smoothly

Next Appointment:

Implanon NXT®

68 mg implant

For patient file

Inserted on (R)

arm
D.O.I 17-8-24

Date 17 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name عمراد سعيد علي البصير الاسم الكامل

Date of Birth 17 / 6 / 2001 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 666 33 088 رقم الجوال

Emergency Contact Person الأم أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55 73 25 29 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 عمراد التوقيع

File Number 039391

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: عشاء سلمى بابكر أحمد المري

التاريخ: 17/ 8/ 2024

ملف رقم: 039391

التوقيع: عشاء



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30163402508 الرقم:

D.O.B. 17/06/2001 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 31/07/2033 الصلاحية:



الإسم: عفراء سعيد على البحيح المرى

Name: AFRAA SAEED A A AL-MARRI

منطقة 53 - شارع 1332 - مبنى 33

العنوان:

Serial No: 1114FA166E1EA12A

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

