



File No.: 038972

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038972

Name: AISHA MOHAMMED ALMARRI

QID No: 28568200183 Sex: Female

Mob: 77888630 ADDRESS : ALSILYA



Age: 38 y3

Marital Status: 22 y3

band's Name: Hamad Ali Alboridi

Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came For IUD insertion, counselled in depth about All Pros & Cons -

Medical History: med. Rally Free

P.H. - cholelithiasis 2014 F.H. DM+HTN
- G-Sleeve 2014
- Laparotomy 2012**MENSTRUAL HISTORY:**

Menarche: 12 y-1

L.N.M.P 28-5-24

Menstrual Habits: Regular every 30 days - 6 days

Menstrual Symptoms: N/A Significant Menopause:

Parity: P 6 Abortion 2 Ectopic LCB 6 y-5

♀ 3 ♂ 3

EXAMINATIONGeneral Examination: Ht. 152 cm Wt. 62.2 Kg BMI 26.0 Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
Well - uncooperative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: For IUD insertion

Plan of Management: counselled about implantation insertion & if she can tolerate smaller trial for IUD insertion

Next Appointment:



Date 2 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name عائشة محمد عبد الرزاق الإسم الكامل

Date of Birth 13-7-1985 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 285682 00183 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 77888630 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 77888630 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55034141 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 55 Zone No. 1062 Street No. السيلية 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

File Number 038972



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلي 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: عائشة محمد حمدي المري

التاريخ: ٢٠١٤ / ٦ / ٢٠

ملف رقم: 038972

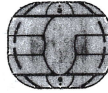
التوقيع: عائشة محمد حمدي المري



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28568200183

الرقم:

D.O.B. 13/07/1985

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

08/10/2029

الصلاحية:



الإسم: عائشه محمد حمد البريدي المري

Name: AESHAH MOHAMMED H A ALMARRI

منطقة 55 - شارع 1062 - مبنى 11

العنوان:

Serial No.

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

