



File No.: 039230

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039230

Name: AISHA ABDALLA ALSUBAEY

QID No: 28363401538

Mob: 55284554



Sex: Female

ADDRESS: ALKHRITYAT

Age: 40y/0

Marital Status: 21y/5

id's Name: Ali Khemis Alkucari

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- came for IUD insertion (copper)
- counselled in depth about All Pros & Cons - accepted it all

Medical History:

- HTN on tbb
- B. Asthma on inhaler

P.H. Not significant

F.H. N.A.S.M.K

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

14 y/3

L.N.M.P

11/7/24

Menstrual Habits:

Regular every month 5 days

Menstrual Symptoms:

Heavy -

Menopause:

Parity: P

5

Abortion

0

Ectopic

LCB 3 y/5



2



3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 152 cm

Wt. 56.7 Kg BMI

Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

well - co-operative

Chest, C.V.S.

N.A.A

Abdomen:

N.A.A

Breasts:

N

PELVIC EXAMINATION:

- normal vulva - vagina & CX

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

semi empty bladder - normal uterus - ovaries
NA Blandized - smooth insertion - hysterometry
6 cm - thread left 2 cm.

Diagnosis:

IUD - copper insertion

Plan of Management:

F/U in 5 wks then every 6 months

Next Appointment:

Date 16 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقراب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية 116 رقم المنطقة 71 رقم الشارع 287 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 039230

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: السيدة هبة السيد

16/7/2024

التاريخ:



039230

ملف رقم:

[Signature]

التوقيع:

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28363401538 الرقم:

D.O.B. 17/11/1983 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 13/05/2030 الصلاحية:



الإسم: عائشه عبدالله راشد العبدالله السبيعي

Name: AISHA ABDULLA R A AL-SUBAEY

منطقة 71 - شارع 287 - مبنى 116

العنوان:

Serial No.

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

