



File No.: 039398

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039398
Name: AMAL HAMDI ABDALZAHER
QID No: 29663403931 Sex: Female
Mob: 50591033 ADDRESS: ALKHISA



Age: 27 yrs. dd

Marital Status: 2 yrs.

P's Name: Telal Samat Alghatani

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

- delivered 42 days ago, not lactating, bottle feeding only
want to use contraceptive

Medical History: hypothyroid on thyroxin 125 mg
single child P.H. cholecystectomy (2023) F.H. DM, HTN (M, F)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years - L.N.M.P.
Menstrual Habits: regular 2 monthly, lasting 5 days
Menstrual Symptoms: mild pain Menopause:
Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 6.7.24

♀ 0 ♂ 2
NVD - a.w.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 65.5 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

looks her age, Coop, DW her husband & both chose implant.
Chest, C.V.S. NAD. Contraception

Abdomen: soft, NAD.

Breasts: NO galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not indicated

Rectal Exam.

Investigation Requested:

not indicated

Diagnosis: Implanon Insertion

Plan of Management:

Next Appointment:

Implanon NXT®

68 mg implant

For physician file



Date 18 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name أ.م.م. محمد علي حبيب علي عيسى الإسم الكامل

Date of Birth 21/10/1996 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50591033 رقم الجوال

Emergency Contact Person 66 33 26 11 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) / حدد الطريقة التي تفضلها

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

Signature التوقيع

File Number 039 398

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 إجراء 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: أحمد محمد حامد

التاريخ: 18-8-24

ملف رقم: 039398

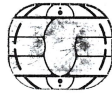
التوقيع: أحمد محمد حامد

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29663403931

الرقم:

D.O.B: 21/10/1996

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

15/07/2033

الصلاحية:



الإسم: امل حمدي حمادي عبد الظاهر

Name: AMAL HAMDI H A AL-ZAHER

منطقة 53 - شارع 563 - مبنى 69

العنوان:

113213057147A127

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

