



File No.: 039491

Nationality: SYR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039491

Name: AMAL HARDAN ALABDALA

QID No: 28776002511 Sex: Female

Mob: 77603887

ADDRESS: MUITHER



Age: 36 y/o

Marital Status: 15 yrs

s Name: Musaad Abdulla Abdulla

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came for implantation miscarriage - she had it before - cancelled for 2nd cons accepted it all -

Medical History:

medically free

P.H.

6 cis

F.H.

NA symptoms

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P.

29/8/24

Menstrual Habits:

Regular every month - 4-5 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

6

Abortion

2

Ectopic

LCB

♀

3

♂

3

EXAMINATION

General Examination: Ht.

159 cm

Wt.

76.7

Kg BMI

Kg/m² Bp

120/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

-

PELVIC EXAMINATION:

NA touch

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

implantation miscarriage

70073484.00

Plan of Management:

smooth insertion

Implanon NXT®

68 mg implant

inserted on

For patient file

(L) arm.

Next Appointment:

Date 30 / 8 / 2021

New Patient Registration Form

Full Name الإسم 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 الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع العنوان: فيلا

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



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: احل مراد العيم

التاريخ: ٢٠٢٤ - ٨ - ٣١

ملف رقم:

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28776002511
D.O.B.: 28/05/1987
Expiry: 22/10/2026

الرقم الشخصي:
تاريخ الميلاد:
الصلاحية:
الجنسية:

Nationality: SYRIA
Occupation: ربة منزل

الاسم: امل حردان العبدالله

Name: AMAL ALABDULLAH



Passport Number: N014691047
Passport Expiry: 07/06/2027
Serial No: 30728776002511
Residency Type: عائلية
Employer: مساعد عبدالله العبدالله العقدي
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممثل:
نوع الرخصة:
المتقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

Handwritten signature

