

لا تمسوا مع يديكم
من ولد



File No.: 039033

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039033
Name: AMANI MOHAMMED ALMARRI
QID No: 29663400016 Sex: Female
Mob: 66557496 ADDRESS: ALSILYA

Age: 27 yrs

Marital Status: 3 yrs

band's Name: Zayed Rashid Almarrri

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

cls 9/5/24 ♂ 2.3kg.
- not lactating
- for Implanon insertion

Medical History:

Medically free

P.H.

② Cl

F.H.

DM +
+ (Tx)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 yrs

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Regular 13 yrs Monthly for 5 days

Menstrual Symptoms:

Nausea

Menopause:

Parity:

P

2

Abortion

0

Ectopic

LCB

9-5-24



2

EXAMINATION

General Examination: Ht.

154

cm

Wt.

71.8

Kg BMI

Kg/m² Bp

110/70

mm Hg

Chest, C.V.S.

Looks well

Abdomen:

/ NAD

Breasts:

Not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Counselled well

Diagnosis:

Implanon NXT®

68 mg implant

DOI 10-6-24

Plan of Management:

For physician file

DURB 6-27

Next Appointment:

Lot: W002660



Date 15 / 6 / 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 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 039033

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: أماي حرم سالم

التاريخ: ١٥ / ٦ / ٢٠٢٤

ملف رقم: 039033

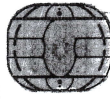
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29663400016

الرقم:

D.O.B. 03/01/1996

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

01/04/2029

الصلاحية:



الاسم: امانى محمد سالم الهيمس المرى

Name: AMANI MOHAMMED S H AL-MARRI



HC00324112

HC Exp: 20/02/2025

العنوان:

الرقم اله

AMANI MOHAMMED S AL-MARRI

Nationality: Qatari

DOB: 03/01/1996

Gender: Female

