



File No.: 039032

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039032
Name: BANA SAEED ALHAJRI
QID No: 30063403293 Sex: Female
Mob: 70215070 ADDRESS: UM SILAL



Age: 24 y/o

Marital Status: 1 yr

Spouse's Name: Omer Abdulbaki Almanaai

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

but used mixed feeding equally → A^o
primarily N & she did it one
week ago normal pelvic x/s
for Implanon insertion

Medical History:

P.H. x/s

F.H. DM.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 y/o

L.N.M.P

10-6-24

Menstrual Habits:

Regular Monthly for 5 day

Menstrual Symptoms:

N/A

Menopause:

Parity:

P

Abortion

0

Ectopic

LCB

5/12



1



EXAMINATION

General Examination: Ht.

152

cm

Wt.

45

Kg BMI

Kg/m² Bp

100/80 mm Hg

Looks younger than her age

Chest, C.V.S.

(NAD)

Abdomen:

Breasts:

Not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ menstruating

Investigation Requested:

Implanon

counselled with a ball

Diagnosis:

Implanon NXT®

Rt arm

Plan of Management:

68 mg implant

Do 106-20

For physician file

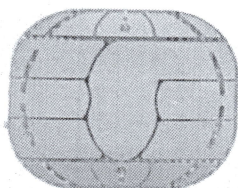
3-6-27

Next Appointment:

**State of Qatar
ID. Card**



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: **30063403293** الرقم:

D.O.B. **24/08/2000** تاريخ الميلاد:

Nationality: **QATAR / قطريه** الجنسية:

Date of expiry **02/04/2033** الصلاحية:



الإسم: **بنا سعيد عبدالعزيز ال ابوظهير الهاجري**

Name: **BANNA SAEED A A AL-HAJRI**

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: د. عيسى العاصري

10 - 6 - 2024

التاريخ:

ملف رقم: 039032

التوقيع:



Dr. Ebtasam Abdulhah

Date 10 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name دنا محمد العاصمي الإسم الكامل

Date of Birth 24/8/2000 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 30063403293 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 7 - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70215070 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 59999386 رقم هاتف

Address: Building No. 71 Zone No. 237 Street No. 29 العنوان:
رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع

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 [Signature] التوقيع

File Number 039032