



File No.: 039021

Nationality: Finland

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039021

Name: HAMDY OMAR

QID No: 29124600004

Mob: 50597442

Sex: Female

Address: LUSAIL



Age: 33 yrs.

Marital Status: Syn.

Spouse's Name: Hassan Mahmoud

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

- came for Implanon Insertion.
- she was told about all it's Cons. & pros.
- not lactating. no S-R since giving birth
& she is sure!!
Medical History: medically free. P.H. Non. F.H. Non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 yrs old. L.N.M.P 14.5.24 D 27
Menstrual Habits: irregular. last for 6 days.
Menstrual Symptoms: Non.
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic LCB 3 months.
♀ 1 ♂ 2 AU v Ds, a/w.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 98.2 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
 obese - cooperative not pale.

Chest, C.V.S. N.A.D.

Abdomen: obese - soft.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not indicated

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: A Implanon Insertion

70073484.00

Plan of Management: Implanon inserted smoothly. A reassured.

Next Appointment:

Implanon NXT®

68 mg implant inserted on 1 arm

For patient file 2.6.24



Date 09 / 06 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name HAMDI OMAR الإسم الكامل

Date of Birth 13/05/1991 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Housewife المهنة

I.D Number 29124600004 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50597442 رقم الجوال

Emergency Contact Person HASSAN MAHMOUD أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 3369 6995 رقم هاتف

Address: Building No. 3 Zone No. 69 Street No. 279 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 039021



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.

HAMDI OMAR

اسم المريض / المريضة:

9/06/2024

التاريخ:

039021

ملف رقم:

التوقيع :



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29124600004 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 13/05/1991 تاريخ الميلاد:
Expiry: 27/09/2026 الصلاحية:
Nationality: FINLAND الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: حمدي عمر

Name: HAMDI OMAR

Passport Number: FP4572771
Passport Expiry: 25/08/2026
Serial No: 30629124600004
Residency Type: عقلية
Employer: حسن محمود
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports
توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

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

