



File No.: 039462

Nationality: QAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039462
Name: HANAN ATEEQ ALMUSLEM
QID No: 28863404298 Sex: Female
Mob: 55688997 ADDRESS: ALKHRITYT

Age: 36 YRS
Marital Status: 10 YRS.
band's Name: SULTAN NAJIM ALSULAITI
Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came for contraception. Told about all types. She choosed Implanon. she was told about its all - lactating + Bottle feeding. Cons. 2 pens.

Medical History: medically free P.H. 2 C/S F.H. M(COM) F+M(CHIN)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 - 14 YRS
Menstrual Habits: regular Last for 7 days - every month. L.N.M.P. delivered 44 days.
Menstrual Symptoms: non! Menopause: LCB 44 days
Parity: P 5 Abortion 0 Ectopic
♀ 2 ♂ 3 2 of them C/S. all a/w.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 90.8 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
Cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: well healed depressed C/S wound.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not done

Investigation Requested:

non

Diagnosis:

Δ Implanon / insertor

70073484.00

Plan of Management: Implanon inserted smoothly. pt reassured.

Implanon NXT®

68 mg implant Inserted on 01/01/2020

Next Appointment:



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL

مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م

Date ٢٠٢٢ / ٨ / ٢٧

New Patient Registration Form

Full Name ضياء عتيق سالم المسلم الإسم الكامل

Date of Birth ١٩٨٨ / ١٢ / ١١ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظفة المهنة

I.D Number ٢٨٨٦٤٤٠٢٢٩٧ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ٥٥٦٨٨٩٢٧ رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٥٥٦٨٨٩٢٧ 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 [Signature] التوقيع

File Number ٥٣٩٤٦٢

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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: صباح حسين ١٢٨١٢٨

التاريخ: ٢٠٢١/٨/٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٤٦٢

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28863404298

الرقم:

D.O.B. 01/02/1988

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

26/02/2030

الصلاحية:



الإسم: حنان عتيق سالم بلال المسلم

Name: HANAN ATTIG S B AL-MUSALLAM

منطقة 71 - شارع 505 - مبنى 84

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

