



File No.: 038937

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038937

Name: HAYA KHALID ALHAJRI

QID No: 29463402153 Sex: Female

Mob: 55642564

Address: BANI HAJER



Alhajri

Age: 30y/0

Marital Status: 9yrs

band's Name: Faisal Sekem Alshahawani

File Phone: 55642564

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came for Implanon insertion
- she was told about all it's cons. & pros.
- Lactating + Bottle feeding

Medical History: medically free

PH: 3 C/S

F.H. F(OM)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits: 13 yrs regular

L.N.M.P

23/5/24

Menstrual Symptoms:

last for 7 days every month

Parity: P 5

Abortion

Non

Menopause:

Ectopic

LCB 3 months

♀ 3

♂ 2

2 VD, 3 C/S

EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm

Wt. 72.9 Kg BMI

Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Cooperative, not pale

Chest, C.V.S.

Abdomen:

NAD

well healed C/S scar. soft abd.

Breasts:

not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

non

Diagnosis:

70073484.00

Implanon NXT®

68 mg implant

For patient file

LOT W009890

Inserted on 04m

D-04 28.5.24

D-OR 28.5.27

Plan of Management:

Implanon Insertion
Implanon inserted smoothly. A reassured.
th given.

Next Appointment:

Date 28 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name هيا خالد الهاجري الإسم الكامل

Date of Birth 21 / 6 / 1994 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation مدرس المهنة

I.D Number 29463402153 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55642564 رقم الجوال

Emergency Contact Person أمي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 5518922 رقم هاتف

Address: Building No. 54 Zone No. 51 Street No. 135 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 038937

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: هيا خالد الهاجر

التاريخ: 20/5/2024

ملف رقم: 038937

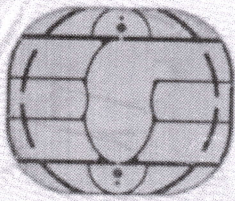
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29463402153

تاريخ الميلاد: D.O.B. 21/06/1994

محل الميلاد: قطر

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 23/12/2024

الاسم: هيا خالد حمد ابوسطوه الهاجري

Name: HAYA KHALID H A AL-HAJRI

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date:

17/6/24

التاريخ:

Patient's name:

Haya Khalid

إسم المريض:

File No.:

038937

رقم الملف:

Age:

30 y/o

A allergic Cellulitis
+ vaginitis

Rx

Betadine vag. supp. (14)
تحسينية البصيلة

- To day vag. supp.
تحسينية البصيلة اليوم فقط

- Antihistamine tabs 10mg
حبوب مضاد للحساسية

- Amoxicillin caps. 500mg
1 x 3 x 5

Amoxicillin 500mg
حبوب أموكسيسيلين

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

١٠ JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Haya Khalid اسم المريض:

File No.: 038937 رقم الملف:

Age: 30 years العمر:

A vaginitis
+ allergic Cellulitis

Rx

- Betadine vag. supp. (10)

محلول اليود

- Today vag. supp.

أخذت اليوم ١٠ حبة

- Anti histamine tabs 10 mg

حب مضاد للحساسية

- ~~Amox~~ Amoxicillin caps

١٠ حبة ٥٠٠ مللي

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523



وصفة طبية Prescription

No

Date: 11/6/24 التاريخ:

Patient's name: Haya Ibrahim اسم المريض:

File No.: 038937 رقم الملف:

Age: 30 y/o العمر: 30 years

A allergic Cellulitis + vaginitis

Rx

Betadine vag. supp. (14)
تخميد باسيفيت

- To day vag. supp.

تخميد بالمهد قيد الحماح يخبس رقائفا

- Antihistamine tabs 10mg
حبو مضاد حساسية

- Amoxicillin caps. 500mg
1 x 3 x 5

تسوية كل ٨ ساعات ١٥ ٥ ١

د.س.م.

Doctor's signature:



Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523