



File No.: 039281

Nationality: ①

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039282
Name: JAWHARA SALEM ALMARRI
QID No: 29363403007 Sex: Female
Mob: 33355757 ADDRESS: UM EBIRIA

Age: 31 yrs
Marital Status: 1 yr
band's Name: Saeed Hussein Almarri
bile Phone:
Residence Phone:

SYMPTOMS:

- no further complaint. came for contraception.
- not lactating - she was told about all details, she
choosed implanon insertion, she was told about all it's cons & pros.
Medical History: - medically free P.H. non F.H. F + M
- P.H. of GDM. (H1M)
- Transfused 2 units of blood (PPH). - FCOM.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P 26-7-24
Menstrual Habits: irregular last for 6 days every month. 4-
Menstrual Symptoms: - all dysmenorrhoea. Menopause: 4-
Parity: P 1 - heavy 0 Abortion Ectopic LCB 3 months
- forceps a/w, has lactose intolerance.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 69.9 Kg BMI 110/70 mm Hg
cooperative, not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam. not indicated.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Δ For Implanon Insertion.

Plan of Management:

for insertion tomorrow, upon Pt request.

Next Appointment:



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: **جوهرة سالم المري**

التاريخ: **29/7/2024**

ملف رقم: **039282**

التوقيع: **A. Babiker**



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



تاريخ الميلاد: 30/12/1993 D.O.B.

Date of expiry: 15/11/2030 الصلاحية:



الإسم: جوهرة سالم عبدالهادي سالم المری

Name: JAWHRA SALEM A S AL-MARRI

منطقة 70 - شارع 399 - مبنى 8

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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

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



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

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

Prescription

وصفة طبية

No

04 SEP 2024

Date:

Patient's name:

Sawhana Salem

التاريخ:

File No.:

039281

إسم المريض:

Age:

34yr

رقم الملف:

A irregular Period

العمر:

Rx

Primolut N. 10 tabs 5mg
P.O. bid x 10 days

Doctor's signature:

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