



File No.: 039365

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039365
Name: LOLWA JUMAH ALKABI
QID No: 29063403171 Sex: Female
Mob: 50490666 ADDRESS: ALDUHAIL



Age: 34

Marital Status: 5 yrs

and's Name: Mohd Jaber Alkubaisi

ile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came For Implanon insertion
Counselled in depth For all

Medical History: medically Free

P.H. G-Stone 2009

F.H. DM + HTN
Parent

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity: P 3

Abortion 1

Ectopic

Menopause:

LCB 18/6/24

♀

♂ 3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 100.2 Kg BMI 37.5 Bp 110/70 mm Hg
Well - Nice Personality

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Refused

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

NA indicated

Investigation Requested:

Diagnosis: For Implanon
insertion - successfully inserted

70073484.00

Plan of Management:

Implanon Insertion

Next Appointment:

Implanon NXT®

68 mg implant Inserted on 15/6/24

For patient file



Date 12 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name لعلوة هبة اداس الإسم الكامل

Date of Birth 16-10-1990 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظف المهنة

I.D Number 29063403171 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50490666 رقم الجوال

Emergency Contact Person الأخت أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55055687 رقم هاتف

Address: Building No. 19 Zone No. 30 Street No. 839 العنوان:

رقم البناية 19 رقم المنطقة 839 رقم الشارع 839 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 039365



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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: لطفة جمعة الكبي

التاريخ: 12-08-24

ملف رقم: 039365

التوقيع: لطفة



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29063403171 الرقم:

D.O.B. 16/10/1990 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 21/08/2029 الصلاحية:



الاسم: لولوة جمعه محمد البنهدي الكعبي

Name: LOLWA JUMAH M A AL-KAABI

منطقة 30 - شارع 839 - مبنى 19

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

