



File No.: 039715

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039715
Name: MAHA ALI MOHAMMED ALMARRI
QID No: 30063401267 Sex: Female
Mob: 70002884 ADDRESS: ABU SIDRA



Age: 24yrs

Marital Status: 2yrs

band's Name: Ali Hamaed Almarri

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came for loop insertion

- lactating + Bottle feeding. She was told about it's all cons & pros.

Medical History: medically free P.H. Non apart F.H. Non. from cis.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs.

L.N.M.P 28/9/24

Menstrual Habits: regular. last for 7 days. every month.

Menstrual Symptoms: non.

Menopause:

Parity: P 2

Abortion 0

Ectopic

LCB 28 days

♀

♂ 2

first cis, 2nd succ. V.BAC, a/w.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm Wt. 86.8 Kg BMI Kg/m² Bp 100/70 mm Hg

not pale. obese.

Chest, C.V.S.

Abdomen:

NAD apart from cis scar.

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Post ponded to D₃₅ on Loop insertion

Investigation Requested:

Non

Diagnosis:

Plan of Management:

For loop insertion in D₃₅. insertion Post ponded to D₃₅.

Next Appointment:



Date 1 / 10 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name صها علي محمد المري الاسم الكامل

Date of Birth 14-4-2000 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation لا اعمل المهنة

I.D Number 30063401267 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) — رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70002884 رقم الجوال

Emergency Contact Person الام 55481876 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ↓ رقم هاتف

Address: Building No. 86 Zone No. 764 Street No. ١٠٩ 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 039715



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: صعالي محمد المري

التاريخ: ٢٤ ٢٠ - ١٥ - ١

ملف رقم: 039715

التوقيع: [Signature]





شرح تفصيلي لرسوم تركيب اللولب

اللولب العادي : الرسوم شاملة استشارة + تركيب + لولب ب 740 ريال

loop insertion

✓ استشارة 250 ريال

✓ تركيب 300 ريال

02 OCT 2024

✓ سعر اللولب 190 ريال

اللولب الهرموني : الرسوم شاملة استشارة + تركيب + لولب ب 1520 ريال

استشارة 250 ريال

تركيب 300 ريال

لولب 970 ريال

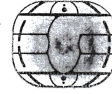
مراجعة بعد التركيب : في كل زيارة (خلال 5 أسابيع الأولى إلى 3 أشهر الأولى) يتم دفع 250 ريال فقط مع نفس الدكتورة . اذا تم تغيير دكتورة لأي سبب يتم دفع 500 ريال للزيارة .

بعد 3 أشهر يتم دفع 500 ريال على كل زيارة .

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30063401267 الرقم:

D.O.B. 14/04/2000 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 31/08/2031 الصلاحية:



الاسم: مها علي محمد النابت المري

Name: MAHA ALI M A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 764 - مبنى 86

العنوان:

Serial No: 43565A0F1C2F2482

الرقم المسلسل:

مدير ادارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

