



File No.:

038899

Nationality:

Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENT

File No: 038899

NAME: NAJLAA RASHID AMER ALHAJRI

ID NO: 29968200222

SEX: FEMALE

MOB: 33399434

ADDRRES: BANI HAJER

Age:

24 yrs

Marital Status:

1 yr

band's Name:

Sulttan Soud Alhajri

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

c/s delivery 28/4/24 ♂ 2.7kg. 35
not lactating - Em c/s due to F.D. this pregnancy
complicated & GDM & PET + PPRM. came for post c/s check
up & to insert implanon. she was told about all it's cons & pros -
Medical History: - P.H. of GDM on PH. c/s only. F.H. Non.
- PET diet

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

11 yrs

L.N.M.P

Post c/s - 4 days ago

Menstrual Habits:

regular, last for 5 days every month

Menstrual Symptoms:

non

Menopause:

Parity:

P

Abortion

0

Ectopic

LCB

18-4-24

**EXAMINATION**General Examination: Ht. 166 cm Wt. 102.7 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

obese, Cooperative. not pale

Chest, C.V.S.

MAD

Abdomen:

Soft & black striae gravidarum. well healed
c/s wound.

Breasts:

not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not indicated

Investigation Requested:

Non

Diagnosis:

Δ Implanon insertion

Plan of Management:

Implanon inse

70073484.00

Next Appointment:

Implanon NXT®

[illegible]



Date 29/5/24

New Patient Registration Form

Full Name أحمد راشد العاجز الإسم الكامل

Date of Birth 22-06-1999 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation مناس المهنة

I.D Number 29968200222 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) / رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33399884 رقم الجوال

Emergency Contact Person 77770795 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number / رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية

58

رقم المنطقة

51

رقم الشارع

1267

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 038899



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: د. ليلي حامد

23-5-2024

التاريخ:

03 88 99

ملف رقم:

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29968200222

الرقم:

D.O.B. 22/06/1999

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR /

قطريه الجنسية:

Date of expiry:

31/07/2027

الصلاحية:



الإسم: نجلاء راشد عامر الكدادي الهاجري

Name: NAJLA RASHED A A ALHAJRI

منطقة 67 - شارع 540 - مبنى 9

العنوان:

Serial No:

535826112036320F

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

