



File No.: 039299

Nationality: Ethi

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039299  
Name: NEBIYAT ZAKIR ABAFOGI  
QID No: 29923000319 Sex: Female  
Mob: 55056444 ADDRESS : ALKHERATYAT



Age: 22 yrs

Marital Status: Single

Spouse's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

### SYMPTOMS:

- Came for Implanon removal.  
- no further complaint.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. MCOM.

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 10 yrs. L.N.M.P 25-6-24  
Menstrual Habits: regular - last for one wk.  
Menstrual Symptoms: abs. dysmenorrhea Menopause:  
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 4 yrs.



NVD, a/w  
**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 168 cm Wt. 104.5 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 120/80 mm Hg  
very obese - not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: obese - soft.

Breasts: not examined.

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not indicated.

Investigation Requested:

non

Diagnosis:

A for Implanon Removal.

Plan of Management:

Implanon removed smoothly. pt reassured.

Next Appointment:

Date 31/7/24

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... نوباب زارباباغي ..... الاسم الكامل

Date of Birth ..... 28/9/1999 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality ..... سوريا ..... الجنسية

Occupation ..... عاملة منزلية ..... المهنة

I.D Number ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... 44888099 ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 55056444 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ..... 50210782 ..... رقم هاتف

Address: Building No. 27 Zone No. 71 Street No. 315 ..... 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 / بالاسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ..... استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature ..... التوقيع

File Number ..... 039299



## نموذج الموافقة المستنيرة

### موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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: نيبات زكريا ابابكر

التاريخ: 31/7/2024

ملف رقم: 039 299

التوقيع:



State Of Qatar  
Residency Permit



دولة قطر  
رخصة إقامة

ID.No: 29923000319 الرقم الشخصي:  
D.O.B.: 28/09/1999 تاريخ الميلاد:  
Expiry: 30/03/2024 الصلاحية:  
الجنسية:  
Nationality: ETHIOPIA  
Occupation: عامله منزل المهنة:



الاسم: نيبايت زاكرا ابا فوجي

Name: NEBIYAT ZAKIR ABAFOGI

Passport Number: EP6458753  
Passport Expiry: 25/04/2026  
Serial No: 30129923000319  
Residency Type: عمل  
Employer: عمى حسن مصبح البكر الكواري  
مدير عام الإدارة العامة للجوازات  
General Director of the General  
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:  
تاريخ انتهاء الجواز:  
الرقم المسلسل:  
نوع الرخصة:  
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

