



File No.: 038902

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CE

File No: 038902

NAME: REHAM ALTAYEB IBRAHIM

ID NO: 29173601747

SEX: FEMALE

MOB: 70294602

ADDRESS : MAEZER

Age: 32 yrs

Marital Status: 8 yrs

band's Name: Orwa Alsheikh Hamid

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

used IUD for 4 yrs want to
remove due to pelvic pain + for
Implanon insertion

Medical History:

P.H. G.D.N.A

F.H. DM + HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity: P 2

Abortion 1

Ectopic

LCB 4 x 1



EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 33-8 Kg BMI Kg/m² Bp 100/70 mm Hg

Looks well & looked

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

IT arm
Implanon NXT®
68 mg implant
For physician file
DOI 25/5/24
DOR 20/5/27

Lot: T040105



Date 25/05/2024

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. 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 ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 038902

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: د. إبتسام عبد الله

التاريخ: 25/05/2024

ملف رقم: 038902

التوقيع: [Signature]



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29173601747 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 11/06/1991 تاريخ الميلاد:
Expiry: 04/05/2026 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: ريهام الطيب ابراهيم احمد

Name: REHAM AHMED

Passport Number

P08165197

Passport Expiry

03/07/2026

Serial No

30629173601747

Residency Type

عائلية

Employer

عروة الشيخ حامد العوض

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



رقم جواز السفر:

تاريخ انتهاء الجواز:

الرقم الممثل:

نوع الرخصة:

المتقدم:

