



File No.: 039098

Nationality: YEM

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039098
Name: ROWDA NASSER MOHAMMED
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 50165272 ADDRESS: UM ALAAD

Age: 25 yrs

Marital Status: 2 yrs

band's Name: Mohammed Bassam Alafifi

Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

came for implantation insertion cancelled
in depth about all pros & cons accepted it
all.

Medical History: medically free

P.H. - Appendectomy
- CS for Failure
to progress F.H. - NA S. subd

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y.S

Menstrual Habits: Regular every 30 days - 5 weeks

Menstrual Symptoms: N.A. subd Menopause:

Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 7 month



EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 43.8 Kg BMI Kg/m² Bp 100/70 mm Hg

Underweight - other wise well

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Normal vulva - vagina & cervix
moderate curving vaginal discharge

Investigation Requested:

TVS - AVF uterus than Endometrium
4-3 mm - normal both ovaries - normal follicles

Diagnosis: Vulva vaginal candidiasis & implantation
insertion

Plan of Management:

Implantation insert
Smear - Ht given

Next Appointment:

79987270.02

Implanon NXT®

Date 24 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name يوسف ناصر محمد العتيبي الإسم الكامل

Date of Birth 1999 / 0 / 1 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 50165272 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 50165272 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50165272 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33845689 رقم هاتف

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

رقم البناء 71 رقم المنطقة 951 رقم الشارع أم الهجر 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 039098



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 لبي.

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: عوضه ناصر محمد كسبي

التاريخ: 2024/6/24

ملف رقم: 039098

التوقيع:



PUBLIC OF YEMEN
SPORT جواز سفر

TYPE D COUNTRY CODE YEM

SURNAME
AL-SHAIBANI
 GIVEN NAMES
RAWDHAH NASSER MOHAMMED AHMED
 PROFESSION
HOUSE WIFE
 PLACE OF BIRTH
DOHA - QAT
 DATE OF BIRTH
01/05/1999
 DATE OF ISSUE
31/10/2023
 ISSUING AUTHORITY
DOHA
 SEX
F
 DATE OF EXPIRY
31/10/2029

روضة ناصر محمد احمد
الاسم
AHMED
اللقب
روية بيت
سكن احمد
قطر - الدوحة
تاريخ الميلاد
1999/05/01
تاريخ التسجيل
2023/10/31
تاريخ الانتهاء
2029/10/31


 P<YEMALSHAIBANI<<RAWDHAH<NASSER<MOHAMMED<A<<
 2603223<3YEM9905016F2910312<<<<<<<<<<<<<<<<04