



File No.: 039476

Nationality: ①

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039476
Name: SALEEMA ABDULATEEF
QID No: 29268200358 Sex: Female
Mob: 33833527 ADDRESS: ALWAKRA

Age: 31 yrs

Marital Status: 13 yrs

band's Name: Haji Mohammed Albuainein

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

used Implanon 3/12 - before
col pills 4 100 -
want to remove Implanon due to menorrhagia
+ rhinorrhea 5 kg in 3/12 + labial redness

Medical History:

P.H. ①

F.H. DM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

10/4

L.N.M.P

20-8-24

Menstrual Habits:

Regular Monthly, 7-8 days

Menstrual Symptoms:

Nausea

Menopause:

Parity: P 4

Abortion 0

Ectopic

LCB

6/4

♀

2

♂

2

③ NVD
EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm

Wt. 68

BMI

Kg/m²

Bp 110/70 mm Hg

Looks well co-operation

Chest, C.V.S.

Abdomen:

1 NAD

Breasts:

Nm

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

ex -

healthy

insertion smoothly
about 3 cm

Bimanual Exam.

Vagina

clean

Rectal Exam.

uterine length 8 cm

Investigation Requested:

Abdual

AFE uterus

ET 4 mm

lap well in situ

Diagnosis:

lap insertion + Implanon

Plan of Management:

Removal

5 dks

Next Appointment:





Date 29 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name سليم عبد الله البوعين الإسم الكامل

Date of Birth 24 - 5 - 1992 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29268200358 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 33833527 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person 66000208 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 67 Zone No. 90 Street No. 133 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 / 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 039476



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 إجراء 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: سليمة البرعيني

التاريخ: ٠٩/١٨/٢٠١٩

ملف رقم: ٥٣٩٤٧٦

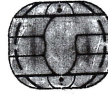
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29268200358

الرقم:

D.O.B. 24/05/1992

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

12/10/2029

الصلاحية:



الإسم: سليمة عبد اللطيف حسن العلي البوعينين

Name: SALIMAH ABDULLATIF H A ALBUAINAIN

منطقة 90 - شارع 992 - مبنى 63

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

