



File No.: 039480

Nationality: OAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039480

Name: SARA ALI HAMAD ALNABIT

QID No: 30363403735

Mo: 33849243

ADDRESS: AIN KHALID



Age: 21 YRS.

Marital Status: 3 YRS.

Spouse's Name: SALEM SALEM ALNABIT

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came For implantation insertion
cancelled about all pros & cons accepted
it all - NA bleeding

Medical History:

medically free

P.H.

NA signed

F.H.

NA signed

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

15 Y.O.

L.N.M.P

26-8-24

Menstrual Habits:

Regular every month

7 days

Menstrual Symptoms:

NA signed

Menopause:

Parity: P

1

Abortion

0

Ectopic

LCB

7-6-24

♀

♂

1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm

Wt. 49.7

Kg BMI

Kg/m² Bp

110/70 mm Hg

well - co-operating

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

—

PELVIC EXAMINATION:

NA indicated

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

For implantation insertion

70073484.00

Plan of Management:

implanon inserted
successfully

Implanon NXT®

68 mg implant inserted on (L)

For patient file

oem

Next Appointment:



Date 29 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name هارة علي السنايت الإسم الكامل

Date of Birth 4/8/2003 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation حائبة المهنة

I.D Number 3036 3403735 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33849243 رقم الجوال

Emergency Contact Person م.م أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66099319 رقم هاتف

Address: Building No. 40 Zone No. 56 Street No. 190 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 039480

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: سارة النابت

التاريخ: 24-8-2019

ملف رقم: 39480

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30363403735

الرقم:

D.O.B. 04/08/2003

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

24/07/2034

الصلاحية:



الإسم: ساره على حمد مثير النابت

Name: SARA ALI H M AL-NABIT

منطقة 56 - شارع 190 - مبنى 40

العنوان:

Serial No:

111515196135A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

ساره

