



File No.: 039276

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039276
Name: TAFLA JABER JARALLA ALMARRI
QID No: 28863403766 Sex: Female
Mob: 66861750 ADDRESS : MAEZER

Age: 35 yrs
Marital Status: 16 yrs
and's Name: Ali Jaber Almarri
le Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came for Loop Insertion - G-sleeve
1 wk back - cancelled for All Pros & Cons
accepted it all -

Medical History:

medically Free

P.H. 2-CL

E.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity: P

4

Abortion

3

Ectopic

LCB

4 months

♀

1

♂

3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 152 cm

well

Wt. 94.2

Kg BMI

Kg/m² Bp

120/70 mm Hg

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

- Normal vulva - vagina & Cervix
- Hysternometry 8 cm - Loop inserted
smoothly - threat 2 cm -
Cup T Loop

Investigation Requested:

Diagnosis:

For Loop Insertion

Plan of Management:

Loop inserted smoothly

Next Appointment:

Date 28 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name د. ليلي حامد الاسم الكامل

Date of Birth 1988 / 6 / 4 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation مربية وتعليمية المهنة

I.D Number 28863403766 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) / رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66861750 رقم الجوال

Emergency Contact Person / أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66861750 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:
11 رقم البناية 91 رقم المنطقة 1291 رقم الشارع 1884 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 039276

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: حفلة حبيب

التاريخ: 2024 / 7 / 28

ملف رقم: 039276

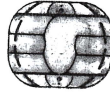
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28863403766

الرقم:

D.O.B. 04/06/1988

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

25/07/2030

الصلاحية:



الإسم: طفلة جابر جارالله جابر المرى

Name: TAFLA JABER J J AL-MARRI

منطقة 81 - شارع 416 - مبنى 4

العنوان:

Serial No:

43443928232476

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

