



File No.: 039284

Nationality: Ethi

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039284
Name: TURU TUMURI AREDA
QID No: 29923000440 Sex: Female
Mob: 71985939 ADDRESS: MAEZER



Age: 25 yrs
Marital Status: Single
band's Name:
Mobile Phone:
Residence Phone:

SYMPTOMS:

she can't talk arabic or English so I can't take history.
she came for implanon removal only.

Medical History:

PH. / FH. /

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:
Menstrual Habits: / L.N.M.P.
Menstrual Symptoms: /
Parity: P / Abortion 0 / Menopause: /
Ectopic / LCB 6 yrs -

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 58 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
skin - Cooperative.
Chest, C.V.S. /
Abdomen: N.A.D.
Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. /
Bimanual Exam. / not indicated.
Rectal Exam. /
Investigation Requested: / non

Diagnosis: Δ for Implanon Removal

Plan of Management: very deep inserted implanon, very difficult to remove under local anaesthesia, but I can remove it. small wound?
Next Appointment:



Date 30 / 7 / 2011

New Patient Registration Form

Full Name FERA F# Tum Tumuri Areda الإسم الكامل

Date of Birth 29/09/1999 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29923000440 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55516691 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 / بالإسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature FERA التوقيع

File Number 039284

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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:

التاريخ: ٢٤-٣-٢٠٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٢٨٤

التوقيع:





نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلي 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.

Tumu Tumuri Areda

اسم المريض / المريضة:

التاريخ:

039284

ملف رقم:

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29923000440 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 29/09/1999 تاريخ الميلاد:
Expiry: 01/09/2024 الصلاحية:
Nationality: ETHIOPIA الجنسية:
Occupation: عاملة منزل المهنة:



الاسم: توريا اريد

Name: TURU TUMURI AREDA

Passport Number: EP6495072
Passport Expiry: 24/05/2026
Serial No: 30129923000440
Residency Type: عمل
Employer: نظيفه فهد عبدالرحمن الزرعه
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 المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L.

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

Prescription وصفة طبية

No

30 JUL 2024

Date:

التاريخ:

Patient's name:

Turu Tumuri

إسم المريض:

File No.:

03928

رقم الملف:

Age:

25 yrs

Post Implantation removal

العمر:

Rx

Amoxicillin caps. 500mg

عقار - كل ساعة

١٢٠

Brufen tabs 400mg

عقار - كل ساعة

١٢٠

Doctor's signature:



د. سلمى بابكر أحمد

Dr. Selma Babiker Ahmed

Specialist (Obstetrics & gynecology)

إخصائية : نساء وولادة

ترخيص رقم P11399

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523