



File No.: 039653

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039653
Name: WADHA SALIH ALNAIMI
QID No: 30363402893 Sex: Female
Mob: 59992994 ADDRESS: ALMARKHIA

Age: 21 yrs

Marital Status: 1 yr

and's Name: Hamad Ali Alnaeimi

e Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

want loop insertion, delivered 4 months ago, not lactating
use yasmin for 3 months, Counsel about cons and pros.

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 16 yrs.

L.N.M.P 17-9-24

Menstrual Habits: regular, monthly, Lasting 6 days

Menstrual Symptoms: mild pain.

Menopause:

Parity: P 1 Abortion 0

Ectopic

LCB 23-5-24

♀

NVD, aw
♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 75.1 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Coop, Normal ♀

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: Normal looking

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ut: RVE NLS

Cx: of multi.

Bimanual Exam. vagina: normal

Hysteroscopy: 8cm

Rectal Exam. threat: 3-5mm

1st exam smooth

Investigation Requested:

Diagnosis: Loop insertion, Multibead Cu375

Plan of Management:

5 wks

Next Appointment:



Date 24 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل و. منجى صالح البعني

Date of Birth تاريخ الميلاد 14-6-2003

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

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

Occupation المهنة طالب جامعي

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 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 التوقيع

File Number 039653



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: و منح مباح العن

التاريخ: ٢٤ - ٩ - ٢٠٢٤

ملف رقم: ٦٣٩٦٥٣

التوقيع: 

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30363402893

الرقم:

D.O.B. 14/06/2003

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 06/11/2032

الصلاحية:



الإسم: وضحي صالح حمد حسان النعيمي

Name: WADHA SALEH H H AL-NAEMI

منطقة 70 - شارع 705 - مبنى 38

العنوان:

Serial No:

113213053454A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





شرح تفصيلي لرسوم تركيب اللولب

اللولب العادي : الرسوم شاملة استشارة + تركيب + لولب ب 740 ريال

استشارة 250 ريال

تركيب 300 ريال

سعر اللولب 190 ريال

اللولب الهرموني : الرسوم شاملة استشارة + تركيب + لولب ب 1520 ريال

استشارة 250 ريال

تركيب 300 ريال

لولب 970 ريال

مراجعة بعد التركيب : في كل زيارة (خلال 5 أسابيع الأولى إلى 3 أشهر الأولى) يتم دفع 250 ريال فقط مع نفس الدكتورة . اذا تم تغيير دكتورة لأي سبب يتم دفع 500 ريال للزيارة .

بعد 3 أشهر يتم دفع 500 ريال على كل زيارة .

24 SEP 2024

Loop insertion