



File No.: 039408

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039408
Name: WEFAQ HUSSEIN MOHAMMED
QID No: 28473602337 Sex: Female
Mob: 31328676 ADDRESS: M/KHALIFA

Age: 40yrs

Marital Status: 21yrs

Spouse's Name: Farig Abdulhafeez

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

want contraception, pregnant twice on IUD, used progesterone injection for one year, stopped for 1 year «last inj» want to discuss the contraceptive - advise her not to be pregnant b/c of adhesion - «massive».

Medical History: Non

P.H. - hysterectomy 2019 F.H. HTN (M) - 21/5

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11yrs

L.N.M.P 12-8-24

Menstrual Habits: regular, lasting 4 days each 21 days.

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 5

Abortion 2

Ectopic

LCB 23-8-2021

♀

1st 3/4 NVD, last 3 c/s

♂

2 3

one month 6 months > both evacuated.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 176 cm Wt. 96.1 Kg BMI 30 Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Coop, normal ♀ built, overweight, no varicose veins

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, fatty CS scar -

Breasts: no galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. not done

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

biopsy AVF ut & intramural small fibroids a normal admet, ovaries not checked

Diagnosis: for contraceptives

Plan of Management: chose Implanon

Next Appointment:



Date 20/8/24

New Patient Registration Form

Full Name هالة حسين محمد حسين الإسم الكامل

Date of Birth 16-7-1984 16/7/84 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation سيدة منزل المهنة

I.D Number 28473602337 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 31328676 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person 31323224 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

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ 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 039408



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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.

ماتع حد

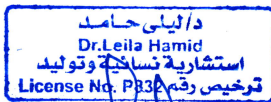
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: وصاف حسين محمد حسين

التاريخ: ٢٠١٨ / ١١ / ٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٤٥٨

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28473602337 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 16/07/1984 تاريخ الميلاد:
Expiry: 19/01/2026 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN
Occupation: ربة منزل المهنة:

الاسم: وفاق حسين محمد حسين

Name: WIFAG HUSSIEN MOHAMED HUSSIEN



Passport Number: P06443991 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 26/11/2024 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30128473602337 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: طارق عبدالحفيظ عبد الرحيم تركمان المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



وفاق

