



File No.: 038959

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038959

Name: NAJLA ABDULHADI ALHAJRI

QID No: 30363402557

Mob: 50024464

Sex: Female

Address: BANI HAJER



Age: 21/10

Marital Status:

and's Name: Misfir Alhajri

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

o/s 26/4/24 @ 31kg
- came for Implanon insertion.
- lactating + Bottle feeding.
- She was told about its all cons. & pros. in details.
Medical History: - medically free P.H. Non F.H. Non.
- chronic anaemia.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs L.N.M.P 26.5.24 D₅
Menstrual Habits: regular - last for 8 days - every month.
Menstrual Symptom: excessive period. Menopause:
Parity: P 0/1 Abortion 0 Ectopic LCB 26/4/24
♀ ♂ 1 *CIS due to breech went in labour - 3kgs -

EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 66.4 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
cooperative, slightly pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD, apart from node of stitch in cis wound corner which was removed.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: Non.

Plan of Management:

Next Appointment:

70073484.00

Implanon NXT®

68 mg implant

For patient file

Inserted on 26/4/24
arm

Date 1 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name فهد بن محمد بن علي الفاضل الاسم الكامل

Date of Birth 18 / 6 / 2003 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number 30363402557 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 5 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50024463 رقم الجوال

Emergency Contact Person 33312666 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناء 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 038959

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: خجل الحاجي

التاريخ: ١٠.٦.٢٠٢٦

ملف رقم: ٥٣٨٩٥٩

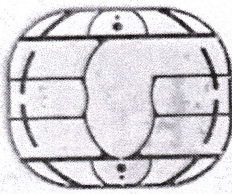
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 30363402557

تاريخ الميلاد: D.O.B. 18/06/2003

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 08/11/2031



الإسم: نجلاء عبدالهادي خليل الشهواني الهاجري

Name: NAJLAA ABDULHADI K A AL-HAJRI

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١/٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

01 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Nayla Al Hajn' اسم المريض:

File No.: 038959 رقم الملف:

Age: 21yrs. Δ Post C/S العمر:

Rx

- Fucidin cream

كريم فوسيدين ٢٠٠ جم

- Sterilized gauze

- small adhesive plasters

- Betadine 498-5200 (198)

١٩٨

Signature

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523