



File No.: 039345

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039345
 Name: AHILA BASHEER
 QID No: 29773600161 Sex: Female
 Mob: 50090776 ADDRESS: ALGARAF A



Age: 27
 Marital Status: 1 yr.
 Band's Name: Gassan Abdul Mnaem Kojaly
 Mobile Phone: _____ Residence Phone: _____

SYMPTOMS: p NVD 6.7.2024 ♀ 3.4kg
 - Came for Implanon Insertion
 - She was told about it's all cons. & pros.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. Non-

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P
 Menstrual Habits: regular - last for 5 days -
 Menstrual Symptoms: non Menopause:
 Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 35 days -
 ♀ 1 ♂ NVD, ♀, 3-4 kg ±.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 172 cm Wt. 83.8 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
 cooperative, not pale

Chest, C.V.S. / MAD

Abdomen: /

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. /

Bimanual Exam. not indicated.

Rectal Exam. /

Investigation Requested:

/ non

Diagnosis: /

Plan of Management: Δ Implanon Insertion

Pt reassured

Next Appointment: /

70073484.00

Implanon NXT®

68 mg implant - D.O.I

For patient file 8-8-2024

- D.O.R

Lt arm

Date 8 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name إيهاب سحر صالح الإسم الكامل

Date of Birth 3 / 1 / 1997 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality سودانية الجنسية

Occupation موظفة المهنة

I.D Number 29773600161 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50090776 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقراب

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 إيهاب سحر صالح التوقيع

File Number 539345

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: اهلاء

التاريخ: 28/8/2024

ملف رقم: 039345

التوقيع:



د. س. د.

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29773600161 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 03/01/1997 تاريخ الميلاد:
Expiry: 06/03/2026 الصلاحية:
سودانية الجنسية:
Nationality: SUDAN
Occupation: موظفه المهنة:



الاسم: اهله بشير

Name: AHILA BISHER

Passport Number: P08164421 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 03/07/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30729773600161 الرقم الممثل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: قوة الامن الداخلي المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

