





File No.: 039730

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER 
 File No: 039730
 Name: RAWDA SAEED ALKHAWAR 
 QID No: 29763404020 Sex: Female
 Mob: 33223216 ADDRESS: AIN KHALID

Age: 27/10
 Marital Status: 9 yrs
 me: mohammed Saad Alkharati
 Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

N.V.O. 6/8/24 ♂ 3.2kg.
 came for Loop insertion - counselled in depth
 about all pros & cons accepted H all

Medical History:

Non PH. G-Sleeve 2021 F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: L.N.M.P 11/10/24
 Menstrual Habits: Regular every 30 day - 5-6 days
 Menstrual Symptoms: Menopause:
 Parity: P 4 Abortion 3 All complete Ectopic LCB 8/8/24

♀

♂ 4

EXAMINATION

General Examination: Ht. _____ cm Wt. _____ Kg BMI _____ Kg/m² Bp _____ mm Hg
 well - cooperative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD - lax skin

Breasts: -

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. - Normal vulva vagina - healthy
 Bimanual Exam. cx - Loop inserted smoothly
 thread left 1cm.
 Rectal Exam. _____

Investigation Requested:

Diagnosis: For Loop insertion

Plan of Management: Loop inserted smoothly copper-T

Next Appointment: _____

Date 05 / 10 / 2015

New Patient Registration Form

Full Name روفية سعيد الخوار الإسم الكامل

Date of Birth 28-10-1997 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality قطرية الجنسية

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33 223216 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 6666 2705 رقم هاتف

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

رقم البناية 55 رقم المنطقة 56 رقم الشارع 347 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 039730



نموذج الموافقة المستنيرة
موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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 ووافققت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: روضة سعيد الخوار

التاريخ: 5-10-24

ملف رقم: 039730

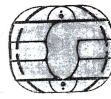


التوقيع:

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 29763404020

تاريخ الميلاد: D.O.B. 28/10/1997

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 26/09/2027



الإسم: روضه سعيد محمد سعيد الخوار

Name: RAWDA SAEED M S AL-KHOWAR

العنوان: منطقة 56 - شارع 347 - مبنى 55

الرقم المسلسل: Serial No: 5358260C0937325F

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

33223216

loop insertion

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 .