



File No.: 039320

Nationality: Ethio

### GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
 File No: 039320  
 Name: ZAHRA ABDUALQADIR  
 QID No: VISIT VISA      Sex: Female  
 Mob: 30184606      ADDRESS: MUIHER



Age: 28 yrs

Marital Status: 2 yrs

Name: Ridwan Haji

Residence Phone:

#### SYMPTOMS:

Came for implant removal  
inserted 4 y-5 ago

#### Medical History:

metabolically free      P.H. Rt Fibroadenoma      FH. NA sugar

#### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 y-5

L.N.M.P

Menstrual Habits:

irregular - spotting frequently since 14y

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P 0

Abortion 0

Ectopic

LCB



#### EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm      Wt. 68.2 Kg      BMI      Kg/m<sup>2</sup>      Bp 120/80 mm Hg

well - cooperative - implant deeply impacted -

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

NAD

#### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

/ Declined.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

not indicated

Diagnosis:

Deeply impacted implantation -> referred to Dr Selma for trial of removal

Plan of Management:

Referred to Dr Selma for total for removal

Next Appointment:



Date 5 / 8 / 24

**New Patient Registration Form**

Full Name Zahra Abdulqader ..... الإسم الكامل

Date of Birth 28-5-94 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender:  Male / ذكر  Female / أنثى Nationality..... الجنسية

Occupation Housemaid ..... المهنة

I.D Number √-√ ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home)..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 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 / أقارب و أصدقاء

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 as ..... التوقيع

File Number 039320 .....

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: **زهرة عبدالقادر**

التاريخ: **5/8/24**

ملف رقم: **039320**

التوقيع:



*Signature*

