



File No.: 038962

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 038962
 Name: ASHWAQ MOHAMED AKDOSARI
 QID No: 30263404927 Sex: Female
 Mob: 50076888 Address: ALRAYAN



Age: 21/10

Marital Status: 2 yrs

band's Name: Khalid mohd Alghabteni

Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

N.O.D. 20/4/24 ♀ 21kg. came for
implanon insertion - short inter pregnancy interval
5 months (pregnancy on top of minerva coil) - All pros & cons
explained she accepted it all -

Medical History: medically free P.H. Not Symbal F.H. Not Symbal

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 Y-S L.N.M.P 26/5/24

Menstrual Habits: Regular every 30 days - 6 days

Menstrual Symptoms: Menopause:

Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 1/4/24

♀ 2 ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 38.9 Kg BMI Kg/m² Bp 100/80 mm Hg
Under weight - well co-ordinated

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. / NA low

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested: Implanon inserted smoothly -

70073484.00

Diagnosis: Implanon insertion

Plan of Management: Implanon insertion

Next Appointment:

Implanon NXT®

68 mg implant inserted ON (L)

For patient file Cym.
D.O.I - 1-6-2024

Date 1 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name اشواق محمد نجح عبيد الدوسري الإسم الكامل

Date of Birth 9-12-2002 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality فلسطينية الجنسية

Occupation لا يوجد المهنة

I.D Number 30263404927 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) لا يوجد رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55330097 رقم الجوال

Emergency Contact Person 50076888 أقرب الأقراب

Emergency Contact Number - رقم هاتف

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

رقم البناية

40

Zone No.

53

Street No.

552

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 038962



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابتي 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 إجراء 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: السواق الدوسري

التاريخ: ١-٦-٢٠٢٩

ملف رقم: ٥٣٨٩٦٢

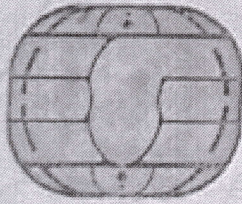
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30263404927 الرقم:

D.O.B. 09/12/2002 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 18/07/2030 الصلاحية:

الإسم: اشواق محمد ناجى عجب الدوسرى

ame: ASHWAQ MOHAMMED N A AL-DOSSARI

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 1-6-24 التاريخ:
Patient's name: Ashwaq mohammed Aldosarr. إسم المريض:
File No.: 038962 رقم الملف:
Age: 21 Y-S / Post NVD العمر:

Rx

Ensure Complete

تاكيد الوصفة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523