

2nd marriage for her
She is Sud. — para 5
(Indian) LCB 12 yrs



File No.: 038996

Nationality: Sud

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038996

Name: AFAQ MUSTAFA ABDALWAHAB

QID No: VISIT VISA Sex: Female

Mob: 51426667

Address: ALJIMILIYA



Age: 37 y.o

Marital Status: 3 months

id's Name: Aiman Altayeb Mohamed

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

2nd marriage for her (1 1/2) No penetration
now 3 1/2 — No penetration

Medical History:

non

P.H. non

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

14

Menstrual Habits:

monthly usually lasts for 4 days

L.N.M.P

22/5/24

Menstrual Symptoms:

Parity: P

Abortion

Menopause:

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm

Wt. 96.3

Kg BMI

Kg/m² Bp

120/80 mm Hg

looks her age, good built, over wt., non coop

Chest, C.V.S. N/A

Abdomen: N/A

Breasts: look normal, not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. fore sudanes circumcision deep & small

Bimanual Exam. introital opening admits tip of the finger

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: Decircumcision for sudanes Circumcision
under local

Plan of Management:

tolerated ±

Date 5 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name آفاق حبيب عبد الوهاب الإسم الكامل

Date of Birth 1987 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation دة حرة المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

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 آفاق التوقيع

File Number 036996

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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: آفاق مصطفى عبد الوهاب

التاريخ: ٥/٥/٢٠١٥

ملف رقم: ٥38996

التوقيع: آفاق

ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832



SDN



THE REPUBLIC OF THE SUDAN

Passport Type : Japan esp

Country Code : مصر القطر

PC

SDN

Full Name / الاسم الكامل

افاق مصطفى عبدالوهاب الشيخ

**AFAG MUSTAFA ABDELWAHAB
ELSHEKH**

Nationality / الجنسية

SDN/ السودان

Place of Birth / مكان الميلاد

AL KAMLIN/ الكاملين

Sex / الجنس

F/ أنثى

Place of Issue / مکان الاصدار

Place of Issue / مكان الإصدار
WAD MADANI/ ود مدني

توقيع حامل الجواز / Signature of Holder

جمهورية السودان

رقم الجواز / Passport No.

P11453696

National No. / الرقم الوطني

190-6251-3714

Date of Birth / تاريخ الميلاد

01-01-1987

Date of Issue / تاريخ الاصدار

29-12-2023

Date of Expiry / انتهاء الصلاحية

28-12-2033

Q6T

PCSDNMUSTAFA<ABDELWAHAB<ELSHKHK<<AFAG<<<<<<<
P114536960SDN8701015F3312289<<<<<<<<<<<<2

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

05 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Afag Mustafa اسم المريض:

File No.: 038996 رقم الملف:

Age: 39 yrs Parlop العمر:

Rx

Betadine spray powder

مسحوق بوفيداين ١٠٠ مل

Xylorane gel or lidocaine

جوليدوكاين ٢.٥ ١٠٠ مل

Paradol tabs 500 mg

١٠٠ مل ١٠٠ مل ١٠٠ مل

Doctor's signature:

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