

- 2nd Marriage for both (No Kids)
- her 1st Marriage was for 15 years
- his 1st Marriage for 20 years



File No.: 039486

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039486

Name: ALAWIA HAMID MOHAMMED

QID No: 27673601949

Sex: Female

Mob: 31014466

ADDRESS: ALTHUMAMAH



Age:

48 yrs

Marital Status:

8 yrs

Husband's Name:

Suliman Mohammed Saeed

Mobile Phone:

Residence Phone: -55 years.

SYMPTOMS:

delayed period for 5 months, want to conceive if possible, also had urinary symptoms (burning micturition) and right loin pain and back pain. staying together now for more than 6 months, on regular SR 3-4/wk. received treatment for her infertility in Sudan.

Medical History:

Non

P.H. history of D and F.H. HTN (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 years

L.N.M.P

28-3-24

Menstrual Habits:

regular, each 28 days, lasting 8 days

Menstrual Symptoms:

mild pain

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 151 cm

Wt. 85.3 Kg

BMI

Kg/m²

Bp 130/90 mm Hg

looks her age, Coop, non educated

Chest, C.V.S.

NA

Abdomen:

fatty & distended

Breasts:

normal looking

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

normal Cervix, CA high could not be seen

Bimanual Exam.

fully, Sudanese circumcision tight

Rectal Exam.

Investigation Requested:

FSH = 30.5

LH = 28.5

Both high

TAH ut e-calaficams points or fibroid at postern well 4 up 2.7cm & A endomet pushed up. no indurated, above both admet

Diagnosis:

Gynae check up, want to conceive + Monitored vaginal

Plan of Management:

Perimenopausal or menopausal

Next Appointment:

educated



Date 31/8/2018

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation 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 التوقيع

File Number 039486



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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.

استأجر

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

علاء حامد سراد

اسم المريض / المريضة:

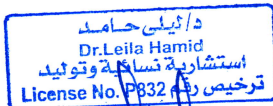
٢٠٢٤ / ٨ / ٣١

التاريخ:

039486

ملف رقم:

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27673601949 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 13/01/1976 تاريخ الميلاد:
Expiry: 06/03/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: ربة منزل المهنة:

الاسم: علوية حامد محمد ادم

Name: ALWIA HAMID MOHAMED ADAM



Passport Number: P11125928

Passport Expiry: 10/10/2033

Serial No: 30127673601949

Residency Type: عائلية

Employer: سليمان محمد سعيد حامد موسى

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



رقم جواز السفر:

تاريخ انتهاء الجواز:

الرقم المسلسل:

نوع الرخصة:

المستقدم:



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

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



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 31/ AUG 2024 التاريخ:

Patient's name: Alwaja HAMID Mohammed اسم المريض:

File No.: 039986 رقم الملف:

Age: 48 years Pro-menopause vaginitis العمر:

Rx

- Gynocandazole vagin supp 400mg
أدوية مضادة للفطريات ليلي معاملة

- Aspirin tabs 100mg
مسكن ألم مضاد للتخثر

- Viaderm Caps
كبسولة فيتامين

Doctor's signature:

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