

first marriage for both



ALready scan

File No.: 039512

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039512
Name: ASIA KAMAL MOHAMED
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 31300533 ADDRESS: ALMATAAR



Age: 20 yrs

Marital Status: 3 months

id's Name: Abdulwahab Abdul Kareem

Phone:

Residence Phone:

36700
not smoker
healthy

SYMPTOMS:

- she wants to conceive
- regular S-R 3/wks. there is abnormal hair distribution + facial acne.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. M+F (COM) MCHTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs L.N.M.P 9.8.2024 (pm) D 21
Menstrual Habits: regular - last for 6 days every month.
Menstrual Symptoms: asb & dysmenorrhoea Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 62.9 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

slim, & PCO feature - not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: obese.

Breasts: well developed - no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not indicated.

Investigation Requested:

S-F.A requested.
for D₂ hormonal profile & folliculometry D₁₂.

Diagnosis:

A want's to conceive.

Plan of Management:

Folliculometry D₁₂.

Next Appointment:



Date 2 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name أسيلان محمد الطيب الإسم الكامل

Date of Birth 11/11/2000 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number P-11710191 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 330 - 313 رقم الجوال

Emergency Contact Person T أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 43441317 رقم هاتف

Address: Building No. 117 Zone No. 170 Street No. 14 طار العنوان

رقم البناية 117 رقم المنطقة 170 رقم الشارع 14 طار 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 ☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039512



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: آسيا كمال محمد الطيبي

التاريخ: ٢٠١٩/٠٤/٢٠

ملف رقم: 039512

التوقيع: س. د. سلمى بابكر أحمد



د. سلمى بابكر أحمد

PASSPORT / جواز سفر

THE REPUBLIC OF THE SUDAN

Prepared by: James Lee

PC

Country Code (2 digit) per...

SDN

جمهورية السودان

Manuscript No. 123456789

P11710191

SDN

Full Name: الاسم الكامل

اسماء كمال محمد الطيب

ASIA KAMAL MOHAMED ALTAYEB

المجلس

SDN/ السودان

Place of Birth: محل الميلاد

UMBADA/ ام باده

1944

1997-1998

HANDI/ ہندی

توزيع عادل الموارد

البريد الإلكتروني: info@almanhaj.net

115-0159-7330

Date of Birth: [redacted] Sex: [redacted]

15-12-2004

Date of issue: 1 January 2004

12-04-2024

Date of Expiry: 30/06/2018

11-04-2034

PCSDNKAMAL<MOHAMED<ALTAYEB<<ASIA<<<<<<<<<<<<<
P117101916SDN0412155F3404115<<<<<<<<<<<<<<<6