

First marriage
for BAH



Husband
- 34 yrs
- unemployed
- medically &
surgically free
- non smoker

File No.: 039450

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039450
Name: ASMAA FUDHL ISHAQ
QID No: 29073603534 Sex: Female
Mob: 33466838 ADDRESS: ALWAKRA



Age: 34 yrs
Marital Status: 8 months
Husband's Name: Suliman Mohammed Suliman
Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Wanting to conceive - married
< 1 year - Regular SR 2+ /WK - Satisfactory

Medical History: B. asthma on inhalers P.H. N.A. S. 2nd FH. N.A. S. 2nd

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs L.N.M.P. 11-8-24
Menstrual Habits: Regular every 28-30 days - 4 days
Menstrual Symptoms: N.A. S. 2nd Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht 157 Wt. 65.2 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg
well - cooperative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD - No galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. N.A. 2nd

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

TVS 2. Normal AVE uterus - EA endometrium ET 9mm
Small Fundal Fibroid 1-4 x 1-6cm - Normal both ovaries
e Rte dominant Follicle 20 x 18 - normal FFCS

Diagnosis:

Small uterine Fibroid eager to conceive

Plan of Management:

Reassured advised to wait 4 months m-cycle is regular
SR IF No conception for work up. Insist to start now

Next Appointment:

Sq A2 FSA - LH for pregnancy



Date 25 / 8 / 2018

New Patient Registration Form

Full Name اسماء فضل (اسمى) الإسم الكامل

Date of Birth 12/3/1990 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation محاسب المهنة

I.D Number 290786035314 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 33466838 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person د. سليمان محمد سمان أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 70012994 رقم هاتف

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

رقم البناية

شارع السلام

رقم المنطقة

978

رقم الشارع

الكره

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 039450

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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 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: أسماء همتل اسعوى

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٨ / ٢٥

ملف رقم: 039455

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29073603534 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 12/03/1990 تاريخ الميلاد:
Expiry: 04/04/2026 الصلاحية:
Nationality: SUDAN الجنسية:
Occupation: ممرضة المهنة:



الاسم: اسماء فضل اسحاق احمد

Name: ASMA FADOL ESHAG AHMED

Passport Number: P07283200
Passport Expiry: 03/12/2025
Serial No: 30129073603534
Residency Type: عمل
Employer: مؤسسة حمد الطبية
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

