



File No.: 039200

Nationality: Sudan

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039200
Name: ENASS ABDULAZIZ SHEIKH
QID No: 29173602897 Sex: Female
Mob: 70008185 ADDRESS: BIN OMRAN

Age: 33 yrs

Marital Status: 3 yrs

Spouse's Name: Yousif Abdulla Ali

Mobile Phone: Residence Phone:

Diagnosed as 'unexplained infertility'

SYMPTOMS:

- want to conceive, received treatment for her infertility
History of ectopic pregnancy 6-2023.
- also had recurrent vaginal discharge receive treatment. No improvement

Medical History: no History of chronic illness P.H. not hypersensitive to any drug known to her - 6. F.H. HTN (F.H.)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years

L.N.M.P

9-7-24 AM

Menstrual Habits: regular, lasting 5 days every month (28 day)

Menstrual Symptoms: mild to moderate pain

Menopause:

Parity: P 0 Abortion 0

Ectopic 1 Medhot LCB

(received methotrexate)

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 63.7 Kg BMI 24.2 Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Normal ♀ look

Chest, C.V.S. N.A.D

Abdomen: N.A.D

Breasts: small & no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. menst mature

Rectal Exam.

Investigation Requested: AVE uterine endomet G.B 6mm

Diagnosis: 2nd INF for investigation

Plan of Management:

C.T 20/7/2024

S.R 20, 21, 24

Next Appointment:

Name: ENASS ABDULAZIZ sheikh

File Number: 039200.....

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
20-7-24 64-4 kg 120/70	9-7-24 AM D12	—	7mm	one leading 15mm	11 leading Follicle 14x10

Notes:

Date 10 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name إيتان عبد العزيز شيخ عموقة الاسم الكامل

Date of Birth 1991 / 6 / 11 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 29173602897 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70003940 رقم الجوال

Emergency Contact Person يوسف عباله أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 70008185 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 / بالاسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 039200

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: ايتاس عبد الصخر شيخ عموه

التاريخ: ١٧/١٠/٢٠٢٤

ملف رقم: 039200

التوقيع: ليلى حامد

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم ٨٣٢٢
License No. 8322

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29173602897 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 8/06/1991 تاريخ الميلاد:
Expiry: 27/04/2027 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: ربة منزل المهنة:

الاسم: ايناس عبد العزيز شيخ عووضه عبد الرحمن

Name: EINAS ABDELAZIZ ABDELRAHMAN



Passport Number: P10372894
Passport Expiry: 16/01/2033
Serial No: 30629173602897
Residency Type: عقلية
Employer: يوسف عبدالله على محمد
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

