



File No.: 039561

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039561
Name: ENASS FAROUQ AWAD
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 77275750 ADDRESS: ALSAKHAMA



Age: 19 yrs

Marital Status: one month

Spouse's Name: Mohammed Salih Ali

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Burning sensation at vagina
No abnormal vaginal discharge

Medical History:

medically Free P.H. Appendectomy F.H. DM Both Parents.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 17 Y-S L.N.M.P. 31-8-24
Menstrual Habits: Every month regular - 4 days
Menstrual Symptoms: N/A symptoms Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 170 cm Wt. 56.4 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

well - compensated

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. inspection only - Normal
Bimanual Exam. Vagina Hymen Partially Perforated
Rectal Exam.

Investigation Requested:

urine Nitrate - ve Blood 3+, Protein 2+

Diagnosis: Honey moon cystitis

Plan of Management:

Reassurance, Ht given + Reproductive health advice.

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: ENAS
Patient ID: 18

Multistix® 10 SG
Test date 09-09-2024
Time 8:13PM
Operator ESRA
Test number 2818
Color Yellow
Clarity Clear

GLU Negative
BIL Negative
KET Negative
SG 1.020
*BLO 3+ *
pH 6.0



Date 9/9/24

New Patient Registration Form

Full Name الاسم 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 / بالاسم ☐ 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 039561



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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.

خاتمة
اسم المريض / المريضة:

اسم المريض / المريضة:

٢٠٢٤/٩/٩

التاريخ:

039561

ملف رقم:

ابن

التوقيع:



SDN

Passport Type / نوع الجواز

Country Codes / من المصطلح

PC

SDN

Full Name / الاسم الكامل

ایمناس فاروق عوض الطاهر

ENAS FAROUG AWAD ALTAHIR

Nationality / الجنسية

SDN/ السودان

Place of Birth / مكان الميلاد

KHARTOUM/ الخرطوم

Sex / جنسیت

Sex / الجنس
F / أنثى

Place of Issue / مكان الاصدار

ALDEWAYM/ الدويم

توقيع حامل الجواز / Signature of Holder

جمهورية السودان

Passport No. / رقم الجواز:

رقم الجواز : Passport No. : **P11777174**

National No. / الرقم الوطني

الرقم الوطني / National No. **291-6667-7497**

Date of Birth / تاريخ الميلاد

04-07-2005

Date of Issue / تاريخ الاصدار

30-03-2024

Date of Expiry / انتهاء الصلاحية

29-03-2034



Conting

PCSDNFARUG<AWAD<ALTAHIR<<ENAS<<<<<<<<<<<<
P117771748SDN0507048F3403299<<<<<<<<<<<<<6

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 ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

Date: 09 SEP 2024 التاريخ:
Patient's name: Enas Farouq Awad إسم المريض:
File No.: 039561 رقم الملف:
Age: 19 Y.O / Heavy msn cyst. العمر:

Rx

- Xylocaine gel 10%

200 قاي في قبل اللثة

الترصية

- Folic acid 5mg

١ قرص يوميا لمدة شهر

س كحد

Doctor's signature:

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