



File No.: 039011

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039011

Name: EQBAL BALOUL ALAMIR

QID No: VISIT VISA

Sex: Female

Mob: 33686028

Address: MAEZER



Age: 66 yrs

Marital Status:

band's Name: Mohammed Seiddig

ile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Clot Shaking for movements & pelvic pain
after sudden fall down on toilette seat 2 yrs
ago. Consulted. Rx given analgesics, urinary
incontinence, vaginal disch. and gases.

Medical History: D.U. +

P.H. Endoscopy for F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB

♀

4

♂

5

EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm

Wt. 93.7

Kg BMI

Kg/m² Bp

150/90 mm Hg

looks older, shant.

36.4
85mm
18mm

Chest, C.V.S.

N.A.

Abdomen:

fatty & distended. no masses

Breasts:

normal bilaterally

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Cx of multi, small, flat fornicia, Pap smear

Bimanual Exam.

taken, vagina normal, not dry, moderate

Rectal Exam.

hypocoele, Bonney's test -ve

Investigation Requested:

AF - small uterus & calcified margins.

Ovaries -

Rt not seen

Lt small & seen & difficulty

Diagnosis:

Urinary incontinence, hypocoele + Gynae check up

Plan of Management:

Pap smear done

Next Appointment:

U/G: NIL



Pap Smear Report

Patient Name : EGBAL BALOUL ELAMIR BALOUL

File No. : 2587242

Visit No. : ALZ205635

Report No. : 24063449

Ref by Doctor : Leila Hamid

Age : 66 Years

Gender : Female

Passport No : P10577178

Sample Date : 06/06/2024

Result Date : 08/06/2024

Liquid-based preparation PAP Smear

Cytological Number: PAP 24/063449

Test requested	:	Cervical smear in liquid fixation.
Clinical information	:	Cx erosion.
Adequacy	:	Satisfactory for evaluation.
Microscopy	:	- The squamous cells are superficial and intermediate paranasal. - Reactive cellular changes associated with mild inflammation, metaplastic atrophic changes. - Negative for: trichomonas vaginalis, candida albicans, actinomyces spp, and herpes simplex virus. - Few normal endocervical glandular, few normal sets of endometrial cells. - No atypical changes
Diagnosis	:	Negative for intraepithelial lesion or malignancy. Mild Nonspecific Cervicitis& Mild Atrophic changes.
Recommendation	:	Clinical follow up is recommended.

Lab Doctor: Dr. Maha Kotrob / P12783

Dr. Maha Fares Kotrob
Laboratory
Medicine/Anatomic Pathology
License No P12783





Pap Smear Report

Patient Name : EGBAL BALOUL ELAMIR BALOUL

File No. : 2587242

Visit No. : ALZ205635

Report No. : 24063449

Ref by Doctor : Leila Hamid

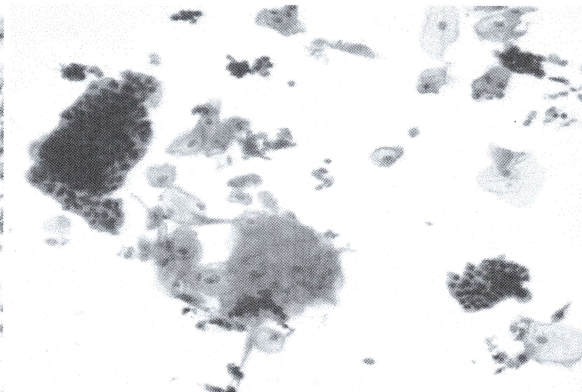
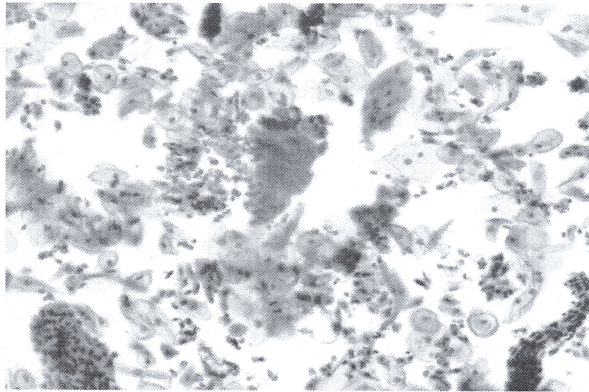
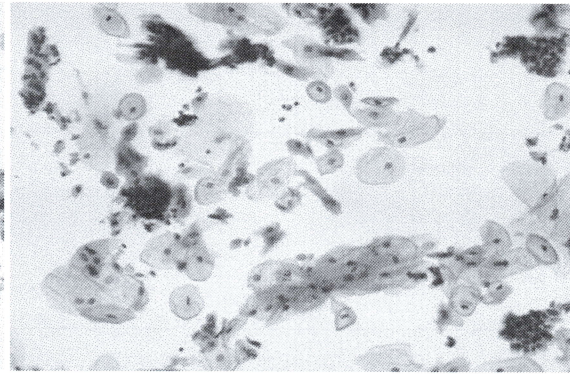
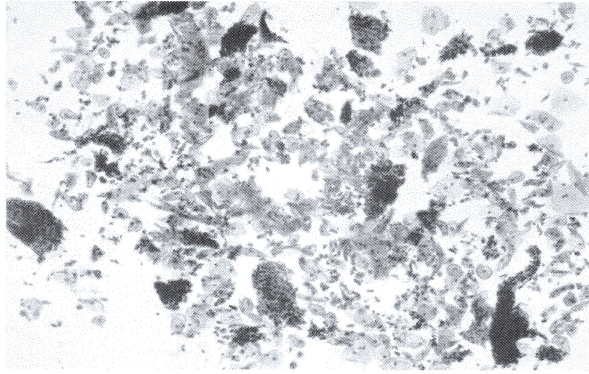
Age : 66 Years

Gender : Female

Passport No : P10577178

Sample Date : 06/06/2024

Result Date : 08/06/2024



Note: All slides are kept for 5 years after the date of reporting.

Lab Doctor: Dr. Maha Kotrob / P12783

Dr. Maha Fares Kotrob
Laboratory
Medicine/Anatomic Pathology
License No P12783





PAP Smear REQUEST

Patient Name: EQBAL BALOUL ALAMIR Patient QID: VISIT VISA Patient File No: 039011
 Nationality: SUD Age: 66 Gender ☐ M ☒ F Date of Request: 05 JUN 2024
 Tel/Mobile No.: Dr. Leila Bahir Email: _____
 Patient Clinical Data: postmenopausal Married? ☐ YES ☐ NO Children No: PgA0

& pelvic pain check up smear

Sample obtained by:

☐ Ayres Spatula☐ Brush☒ Liquid-based Cytology

Smear Site:

☒ Cervix☐ Endocervix☐ Endometrial Aspiration☐ Labia☐ Vaginal Vault☐ Vaginal Wall☐ Vulva

Menstrual State:

☒ Post Menopausal☐ Post Partum☐ Pregnant

HPV Vaccination?

☐ YES ☐ NO

LMP : _____ Day _____ Month _____ Year

Current Hormone Use:

On Hormone?

☐ YES ☒ NO

For Contraception

☐ YES ☒ NO

For Therapy

☐ YES ☒ NO

Estrogen & Progesterone

☐ YES ☒ NO☐ Estrogen Only☐ Progesterone Only

Other Medication (Specify): _____

Other relevant information:

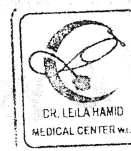
Abnormal Bleeding

☐ YES ☒ NO

Suspicious Lesion

☐ YES ☒ NO

Using IUD

☐ YES ☒ NO

د. ليلى حامد
 Dr. Leila Hamid
 استشارية نسائية وتوليد
 Consultant OB GYN
 ترخيص رقم P832

Previous Uterine Procedures:

☐ Bite Biopsy☐ Cryotherapy☐ Endometrial Biopsy☐ Leep☐ Colposcopy☐ Electrocautery☐ Cone Biopsy☐ Laser

Hysterectomy:

☐ Subtotal (uterus removed, cervix remain)☐ Total (uterus & cervix excised)

Date conducted: _____ Day _____ Month _____ Year

Prior Malignancy

☐ YES ☐ NORequesting Physician Signature & Stamp: Dr. Leila Hamid Date of Procedure: 05 JUN 2024Procedure Done By (Name & Signature): Dr. Leila Hamid

Madinat Khalifa South

Tel.: +974 4486 8675

Fax: +974 4487 6227



Our Location

مدينة خليفة الجنوبية

هاتف: +٩٧٤ ٤٤٨٦ ٨٦٧٥

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٨٧ ٦٢٢٧

Al Waab St. - Al Aziziya

Tel.: +974 4450 0074

Fax: +974 4460 3040



Our Location

شارع الوعب - العزيزية

هاتف: +٩٧٤ ٤٤٥٠ ٠٠٧٤

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٦٠ ٣٠٤٠

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

EQBAL

Patient ID:

12

Multistix® 10 3G

Test date 06-06-2024

Time 3:47PM

Operator LAMIS

Test number 2252

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative

BIL Negative



Date 6 / 6 / 2021

New Patient Registration Form

Full Name أحيال بلول الأثير الإسم الكامل

Date of Birth 11/1/1958 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation فريه منزل المهنة

I.D Number 10577178 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) - رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33686028 رقم الجوال

Emergency Contact Person ابن أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33686028 رقم هاتف

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

رقم البناية 53 رقم المنطقة 47 رقم الشارع 33686028 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 أحيال بلول التوقيع

File Number 039018



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.

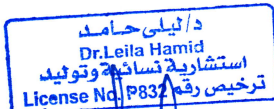
اسم المريض / المريضة: أحسان بلول الأهمير

التاريخ: 6/6/24

ملف رقم: 039014

التوقيع:

أحسان بلول الأهمير



五、

天

THE REPUBLIC OF THE SUDAN

1846

三、

SDS

P40577178

1154

三

EGBAL BALOUL ELAMIR BALOUL

3

SDN/Classic

Place of Birth: Malik

HASSAHISSA/ Hassa

15

Place of Issue: _____

WAD MADANI/

توقيع حامل الجهاز / Signature of Holder

National No. 143133

120-7766-8067

Date of Birth: 1/1/1918

01-01-1958

Date of Issue / تاريخ الإصدار:

20-03-2023

Date of Expiry / تاريخ الانتهاء

19-03-2033

NOT APPLICABLE

[illegible]

P105771787SDN5801017F3303193<<<<<<<<<<<<<4



وصفة طبية Prescription

No!

06 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: E Q Balisatou : إسم المريض :

File No.: 05981 : رقم الملف:

Age: 66½ Ur in (contrance): العمر:

Rx

Vesi Came tab 5mg

gird her up

Doctor's signature: _____