



File No.: 039244

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039244
Name: ESRA ABDALRAHMAN IBRAHIM
QID No: 29473600452 Sex: Female
Mob: 66624734 ADDRESS: SEMESMA

Age: 30y/10

Marital Status: 3yrs

and's Name: Ibrahim Ahmad Mohammed

le Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Lower abdominal pain - Persistent
radiate to thigh - Burning micturition occasionally
No abnormal vaginal discharge.

Medical History: - HbA1c 6, 6 Pht PH. NA Sgptd FH. Sister 6 Pht
↓ now recovered to haemoglobin 10.0 - 8 October

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: L.N.M.P 11/7/24
Menstrual Habits: Regular every month - 6 days
Menstrual Symptoms: Scanty Menopause:
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 2 Yrs



EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 83.3 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
well - cooperative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: Galactorrhea - Prolactin due outside milk

PELVIC EXAMINATION: normal vulva - vagina & CX - curdy
vaginal discharge

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

- TVS 2 - AVE uterus ET 4.71 mm - Normal
Both ovaries - No FFCDs
- urine - NIL

Diagnosis: Galactorrhea, vulvo vaginalis, thrombocytopenia
(verbally reported) For work up.

Plan of Management: Anti-Fungal + Dostinex

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

ESRAA

Patient ID:

1

Multistix® 10 SG

Test date 07-20-2024

Time 6:56PM

Operator ANU

Test number 2518

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative
BIL Negative



Date 20 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Israa Abdelrahman Ibrahim الإسم الكامل

Date of Birth 6/1/1994 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29473600452 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66624734 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55054056 my husband أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55054056 رقم هاتف

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

رقم البناية 13 رقم المنطقة 70 رقم الشارع 3095 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 ? Israa 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 Israa التوقيع

File Number 039244

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.

اسم المريض / المريضة: إسراء عبد الرحمن

التاريخ: 20/7/2024

ملف رقم: 039244

التوقيع: Israa



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29473600452 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 06/01/1994 تاريخ الميلاد:
Expiry: 16/03/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: اسراء عبدالرحمن ابراهيم سالم

Name: ISRAA ABDELRAHMAN IBRAHIM SALIM

Passport Number: P08364620
Passport Expiry: 08/09/2031
Serial No: 31229473600452
Residency Type: عقلية
Employer: ابراهيم احمد سليمان محمد

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

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





Prescription وصفة طبية

№

20 JUL 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Esa Abdurrahman : إسم المريض

File No.: 039244 : رقم الملف

Age: 30 yrs / VWVovagndus العمر:

Rx

3

- Gynaecological related supp. str.

[illegible]

- Dostrey tube 0.5 - 1
 100 - 150 ml of water

Doctor's signature: