



- 25 X-S ✓
- Free Labours
- med. only Free
- Abdominal surgery
- ? intestine.
- NA Smoker

File No.: 039251

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039251
Name: HADIL HASSAN JALES YOUNIS
QID No: P11783100 Sex: Female
Mob: 72063886 ADDRESS: UMSALAL

Age: 15

Marital Status: 3 MONTHS

band's Name: SADIQ SALEH

ile Phone: 33164345 Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Delayed Period / 2 month - Newly married - No confabulation

Medical History: NA Significant P.H. NA Significant F.H. NA Significant

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 X-S L.N.M.P 23-5-24

Menstrual Habits: Regular cycle every month - 5 days

Menstrual Symptoms: NA Significant Menopause:

Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 165.5 cm Wt. 49 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
Well - Cooperative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD - Tanner stage = age.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. / NAD due - FGM III

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

TVS - Normal AVE uterus - thickened endometrium
ET = 13 mm - Normal both ovaries - normal FFDS

Diagnosis: ? early pregnancy for BhCG - BhCG

Plan of Management: - Dufhemy tabs for cycle induction
- Folic acid life long - unhappy to take contraception.

Next Appointment:



Date 21 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name هديل حسن الإسم الكامل

Date of Birth 2029 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Housewife المهنة

I.D Number P11783100 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 72063886 رقم الجوال

Emergency Contact Person 555779970 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان: رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع

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 هديل التوقيع

File Number 039251



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: هديل حسن

التاريخ: 21-7-24

ملف رقم: 639251

التوقيع: هديل



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 د.م.م.

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

Prescription

وصفة طبية

No

Date:

21 JUL 2024

Patient's name:

Hadeel Hassan

التاريخ:

File No.:

039251

إسم المريض:

Age:

15yrs

رقم الملف:

Delayed Period

العمر:

Rx

- Diphoson tabs

٢ حبة صباح و ٢ حبة مساء
١٥ + ٥

- Folic acid 1mg

حبة يومياً لمدة شهر

Doctor's signature:

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