



File No.:

039211

Nationality:

SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039211
Name: HAJER IBRAHIM ALI
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 55977400 ADDRESS: MAEZER



Age:

19 yrs

Marital Status:

Single

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

frequent and heavy Period (3 times in month) since March, lead to anemia Hb=8
diagnosed as PCOS, received Multivitamin, metformin, last time the bleeding
was very heavy gave her inj (AMRI - K).
vaginal discharge different color since she was young.

Medical History: non

P.H. non

F.H. non M

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years

L.N.M.P

1-7-24

Menstrual Habits: was regular, lasting 8 days every 28 days

Menstrual Symptoms: severe pain needs injectable pain killer

Menopause:

Parity: P

Abortion

Ectopic

LCB

**EXAMINATION**General Examination: Ht. 161 cm Wt. 60.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: male hair distribution

Breasts: No galactorrhoe

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

AVF wt of regular contour & the endomet
ovaries (Rt) } Both look PCO & Not enlarged
(LH)

Diagnosis:

Menopausal hypogonadism.

Plan of Management:

TSH 2.2 FSH: LH: 5.4: 11.7

Next Appointment:



Date 13 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name لحاجر إبراهيم علي إبراهيم الاسم الكامل

Date of Birth ٢٠٠٤ / ١٢ / ١٨ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number P11005650 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) — رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66061451 رقم الجوال

Emergency Contact Person +974 55977400 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number إبراهيم علي 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 / بالإسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

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

Signature لحاجر التوقيع

File Number 039211

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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.

أعني

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: هاجر إبراهيم علي

التاريخ: ١٣ / ٧ / ٢٠٢٠ م

ملف رقم: 039211

التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

