

1st cls in Sud.

1st PET at 40t cls
2nd → short pregn
interval 14/12



File No.: 039099

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039099
Name: HANADI HAMDY ABDULHALEEM
QID No: 29073604059 Sex: Female
Mob: 55711085 ADDRESS: AIN KHALID

Age: 34 yrs

Marital Status: 7 yrs

Spouse's Name: Aatta Ibrahim Mohammed

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

irregular frequent periods since after
puerperium = over 2-3 wks, heavy, fishy
red brown blood, no abd pain
tactatus full, uses no contraceptive pills
Medical History: PET, GDD, PCO, P.H. CLS x 3 F.H. Non
metformin

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 L.N.M.P. 21-6-24
Menstrual Habits: was irregular before Regular after weight gain
Menstrual Symptoms: Menopause: 7-8 ds LCB 31-1-24
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic

♀ 1 ♂ 2

EXAMINATION

General Examination: Ht. 167 cm Wt. 107.1 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
obese, coop, educated

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: fatty → scar of CLS

Breasts: well developed, Galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ca of nulli, smells blood, considerable
Bimanual Exam. no ca of vagina, lesions
Rectal Exam.

Investigation Requested: AUF - uterine thin endomet 3mm
Rt ov. Retrov - NIS NICH
Lt ov. - NIS NICH

Diagnosis: Menometrorrhagia

Plan of Management:

Symptomatic Rx

Next Appointment:

6 wks

Date 25 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name هنادى حدى عبد الحليم سعد الإسم الكامل

Date of Birth 21/9/1990 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation 29073600 المهنة

I.D Number 29073604059 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55 711 085 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55 711 085 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوجى أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 50 21 3431 رقم هاتف

Address: Building No. 07 Zone No. Street No. عينة العنوان:

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع خالد 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 ؟ هدام هنادى

☒ 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 هنادى التوقيع

File Number 039099

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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 إجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

استأر

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

اسم المريض / المريضة: هنادي حمدي عبد الحليم سعد

التاريخ: ٢٥ / ٦ / ٢٠٢٢

ملف رقم: 039099

التوقيع: هنادي

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29073604059 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 02/08/1990 تاريخ الميلاد:
Expiry: 02/10/2024 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: مدققة حسابات المهنة:

الاسم: هنادى حمدى عبد الحليم سعد

Name: HANADI HAMDI ABDELHLEEM SAAD



Passport Number: P11825449 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 05/04/2034 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30129073604059 الرقم الممثل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: سلف للضيافة المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

