



File No.: 039497

Nationality: SUP

## GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 039497  
Name: HINDA IBRAHIM ADAM  
QID No: VISIT VISA Sex: Female  
Mob: 55157955 ADDRESS: MUITHER



Age: 33 yrs

Marital Status: 4 days

d's Name: Talir Bashir Mohammed

Phone:

Residence Phone:

### SYMPTOMS:

- difficult intercourse due to narrow introitus. she is circumcised Phalanic.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. MCDMA HTN FCHTN

### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 16 yrs L.N.M.P 15.8.24  
Menstrual Habits: regular - last for 5 days every month.  
Menstrual Symptoms: ass & dysmenorrhoea. Menopause:  
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



### EXAMINATION

General Examination: Ht. 165 cm Wt. 57.1 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 120/70 mm Hg  
Cooperative, not pale.

Chest, C.V.S.

MAD

Abdomen:

Breasts: not examined.

### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. very tight introitus, just a hole mutilated vulva.

Bimanual Exam.

Rectal Exam. / not done.

### Investigation Requested:

non.

Diagnosis:

Δ Tight introitus for decircumcision

Plan of Management:

Referred to Dr. Leila.

Next Appointment:

Date 1 / 9 / 24

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... هتة ابراهيم ادم ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 11/11/1991 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality ..... سوري ..... الجنسية

Occupation ..... مزارع ..... المهنة

I.D Number ..... 08799385 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 55 157955 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ..... 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 ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature ..... التوقيع

File Number ..... 039497



## نموذج الموافقة المستنيرة

### موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: هنده ابراهيم

التاريخ: ١٩ ١٢ ٢٠٢٢

ملف رقم: ٥٣٩٤٩٦

التوقيع: هنده

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



## 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 اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

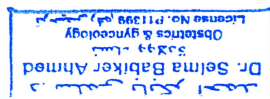
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: هده الحليم

التاريخ: 1-9-24

ملف رقم: 039497

التوقيع: هده





P087993858SDN9110144F3201129<<<<<<<<<<<<<0



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796  
Al Salam Street - North Muaither  
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

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

## Prescription

## وصفة طبية

No

02 SEP 2024

Date:

التاريخ:

Patient's name: HIND IBRAHIM

إسم المريض:

File No.: 039497

رقم الملف:

Age: 33 yrs

العمر:

1 DEBILITATION  
OF FGM type III

Rx

- Augmentin tabs 1 gm

حبّة كل ١٢ ساعة لمدة أسبوع

- Farmactive Spray

رشاش على الجرح ٣-٤ مرات يوميا

- Xylocaine gel 10%

حل على الجرح مرتين يوميا

- Voltaren tabs 50 mg

حبّة ٣-٤ مرات يوميا حسب الحاجة

Doctor's signature:

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