



File No.: 039216

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039216

Name: KHALDA OSMAN AHMED

QID No: 30573601291

Mob: 77846284

Sex: Female

ADDRESS: ALMAMORA



Age: 19 yrs.

Marital Status: SINGLE

and's Name:

le Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Painful Swelling in vagina, increasing gradually in size, with tenderness and pain recently.

Medical History:

medically free

P.H. Tonsillectomy F.H. Men. on childhood.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 yrs.

L.N.M.P 28-6-24

Menstrual Habits:

irregular, last for 5 days.

Menstrual Symptoms:

ass to dysmenorrhea.

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 86 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

obese - not pale.

Chest, C.V.S.

NAD.

Abdomen:

Breasts:

not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

there is big inclusion cyst, ulcerated lower edge - not abscess.

Bimanual Exam.

examination done to presence of nurse Tayseer.

Rectal Exam.

not done.

Investigation Requested:

preoperative routine investigations

Diagnosis:

A Inclusion cyst for removal.

Plan of Management:

referred to Dr. Leila for surgical removal of inclusion cyst.

Next Appointment:

Dr. Leila → big infected inclusion cyst (incision)



Date 14 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name خالد عثمان أحمد عزالله الإسم الكامل

Date of Birth 21 / 6 / 2005 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 30573601291 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 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 خالد التوقيع

File Number 039216



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: قائدة عثمان أحمد

التاريخ: 14-7-24

ملف رقم: 039216

التوقيع: طارق



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 30573601291 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 06/01/2005 تاريخ الميلاد:
Expiry: 22/09/2024 الصلاحية:

سودانية

الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: مديره اداره المهنة:

الاسم: خالد عثمان احمد عبدالله

Name: KHALDA OSMAN AHMED ABDALLA

Passport Number:

P06463303

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

06/12/2024

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

30130573601291

الرقم المسلسل:

Residency Type:

عمل

نوع الرخصة:

Employer:

حصول للتجديد

المستقدم:

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

خالد





Patient's Name:
File No:
QID:
Nationality:
Age: Sex:
D.O.B:

Notification Request for Surgery

Diagnosis:

Procedure/Operation:

Date & Time of Operation:

Type of surgery: ☐ Elective ☐ Emergency, Reason

Drug Allergy: ☐ No ☐ Yes, Allergic to

Antibiotic Prophylaxis:

Additional Requirements:

Anesthesia: ☐ General ☐ Sedation ☐ Local ☐ Spinal ☐ Epidural

Expected Duration of Operation:

Expected Period of stay in Hospital:

Admission: ☐ Inpatient ☐ Day Care (<12 hours) ☐ Delivery

Doctor's Name & Signature:

Date:



Patient's Name:
 File No:
 QID:
 Nationality:
 Age: Sex:
 D.O.B:

Dx:

Surgery:

Dr. Name:

[illegible][illegible]

Patient's Name:
File No:
QID:
Nationality:
Age: Sex:
D.O.B:

Dr. Name:

[illegible][illegible]

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 ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No:

Date: 13 JUL 2024 التاريخ:
Patient's name: Khalda Osman اسم المريض:
File No.: 039216 رقم الملف:
Age: 19 yrs Δ infected inclusion cyst العمر:

Rx

- augmentin tabs 625 mg
P/O bid - ٤ مرات في اليوم

Doctor's signature:

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