



File No.: 039183

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR
DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039183

Name: OMNIA ALDIRDAIRI OSMAN

QID No: VISIT VISA

Sex: Female

Mob: 33557289

ADDRESS: ALDAFNA



Age: 27 yrs

Marital Status: 5 months

Spouse's Name: Ahmed Mansour Ahmed

Mobile Phone: 55739083 Residence Phone:

SYMPTOMS:

no itching c/o v. discharge mild smelling
a v-spotting

Medical History:

P.H.

F.H. DM + HTx1

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13y13

L.N.M.P

22-6-24

Menstrual Habits:

Regular Monthly for 6-5 day

Menstrual Symptoms:

Normal

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm

Wt. 99

BMI

Bp

120/70 mm Hg

Looks ♀

Chest, C.V.S.

/ NAD

Abdomen:

Breasts:

Asymmetrical

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

CX - Normal e yellow discharge

Bimanual Exam.

Normal

Rectal Exam.

Investigation Requested:

T-vulv Thick endometrium 16mm

Normal ovary e leading follicle 16mm #No

Diagnosis:

Leading in Rt ovary

Plan of Management:

Vaginal
D protection + R

Next Appointment:

One month

Date 7/7/2024

New Patient Registration Form

Full Name اسمك الكامل امينة الدردري عثمان علي

Date of Birth تاريخ الميلاد 1996 / 1 / 6

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

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

Occupation المهنة طالبة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية 33557289

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي 33557289

Mobile Number رقم الجوال 33557289

Emergency Contact Person أقرب الأقراب احمد منصور احمد (زوج)

Emergency Contact Number رقم هاتف 33557289

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

رقم البناء 96 رقم المنطقة 65 رقم الشارع 830 الرقة عثيرة 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 039183

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: ا هتسب الدردري شمان

التاريخ: ٢٠٢٢/٧/١١

ملف رقم: 039183

التوقيع: [Signature]





PASSPORT / جواز سفر

SDN

THE REPUBLIC OF THE SUDAN

Passport Type / نوع الجواز

PC

Country Code / رمز القطر

SDN

Full Name / الاسم الكامل

المندوبين في المجلس

OMNIA ELDIRDIRI OSMAN
ALIEI SHAIKH

Nationality (جنسية)

SDN/

Place of Birth / 21-11-15

KSA/

Sex / الجنس

F-101

مكان الإصدار / Place of Issue

NHARTOUM/ الخرطوم

توقيع حامل الجواز / Signature of Holder

جمهورية السودان

Passport No. 123456789

P09990669

National No. / الرقم الوطني

122-0426-3070

Date of Birth / تاريخ الميلاد

26-01-1996

Date of Issue / تاريخ الاصدار

26-09-2022

Date of Expiry / انتهاء الصلاحية

25-09-2032

٥
١٠

PCSDNOMNTA<EIDTRDIRI<OSMAN<ALTEL SHAIKH<<<<<

P099906693SDN9601260F3209251<<<<<<<<<<<<<<<