

First marriage
for both



File No.: 039774

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039774
Name: RAHMA MAHMOUD MOHAMMED
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 70499638 ADDRESS: ALZIZIA

Age: 26 yrs
Marital Status: 3 yrs
band's Name: Abdulwahab Adam
bile Phone: 357/5 Residence Phone: - healthy not smoker
- driver

SYMPTOMS:

want to conceive. not in same place
came before 3/12 with S-R dialy -
- previous pregnancy induced tab - stayed together
- want to check Prolactin 3+2/12

Medical History: 10/12 used R for P.H. FH. DM 4
hyperprolactinaemia (1/12) HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13-14 years L.N.M.P 11-10-24
Menstrual Habits: Regular Monthly for 6 days
Menstrual Symptoms: Normal Menopause:
Parity: P 0 Abortion 1 (2/12) Ectopic LCB
complete



EXAMINATION

General Examination: Ht. 152 cm Wt. 49.7 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

shy, young, coop, normal female look.

Chest, C.V.S.

Abdomen:

NAD

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Menstruating

Rectal Exam.

Investigation Requested: AUF, NIS, ovaries Rt not seen Lt NIS

Medico

Diagnosis:

Wants to conceive.

Plan of Management:

S. R arranged.

Next Appointment:

2 weeks



Date 12/10/24

New Patient Registration Form

Full Name ریحہ محمود صمد الإسم الكامل

Date of Birth 1997 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 ٧١٢٠٣٠١٤٤ 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 التوقيع

File Number 039774



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.

رأى

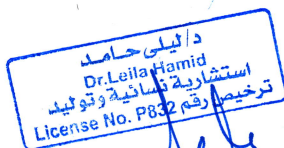
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

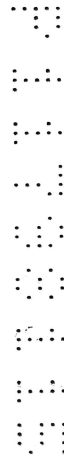
اسم المريض / المريضة: رحمة محمود عود اد

التاريخ: ١٢ / ٤١ / ٢٠٢٠

ملف رقم: ٥٣٩٦٦٤

التوقيع: رحمة





P117981158SDN9709100F3404012<<<<<<<<<<<<<6