



File No.: 039280

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039280
Name: RAJA ALFATIH ALAJAB
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 30655540 ADDRESS: MUITHER



Age: 24 yrs

Marital Status: 6 yrs

husband's Name: Ibrahim Abdulla AG
29 years, medically free, not smoker
Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

want to conceive, she and her husband staying together for 3 months now.
S.R. regular 3-4 times per week - received clomid for 2 months -
Received

Medical History: Not

P.H. Not

F.H. Not

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 years

L.N.M.P

27-7-24 PM 28/7

Menstrual Habits: regular, lasting 5 days every 28 days.

Menstrual Symptoms: mild pain-

Menopause:

Parity: P 1 Abortion 0

Ectopic

LCB 2019



1



EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 71.7 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

looks older, normal built, no face acne or hirsutism

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: NAD.

Breasts: no galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. AVF ut e

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

AVF ut e thin endomet, Rt ov. cyst 2mm
opaque fluid. Lt ov. bulky

Diagnosis:

2ary IAF, Not staying together regularly

Plan of Management: for C.T. 8/8.

Next Appointment:

SFA

S.R 8/10/12

Name: Raja AIFatih

File Number: 039280

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
8/8/24 120/70 72.5kg	28/7/24 D12	—	GA 8-5mm for	one leading follicle 19.2mm dr. lila	No leading follicle en

Notes:

GULF LABORATORY & RADIOLOGY

Laboratory Tests | CT Scan | MRI | Ultrasound | X-Ray
Laboratory complies with external Q. C. program (EQAS - USA & RIQAS - UK)



مختبر وأشعة الخليج

تحاليل طبية | الأشعة المقطعية | الرنين المغناطيسي | موجات صوتية | أشعة
المختبر يطبق معايير الجودة الدولية الأمريكية والبريطانية

Patient Name : IBRAHIM ABDALLA YOUSIF
File No : 2589642
Visit No : ALZ212136
Consultant : Dr. Laila Hamid Hassan

Age : 31 Year(s) 3 Month(s) 13 Day(s)
Gender : Male
Identity Type : 29373601108
Sample Date : 31/07/2024 05:08:47 PM

Test	Result	Unit	Reference Values
Days of Abstinence	: 3 Days		
Time of collection	: 5:05 PM		
Place of Collection	: Lab Collection		
Volume	: 2.5	ml	> 1.4
Colour	: Greyish White		Greyish White
PH	: Alkaline		Alkaline
Liquefaction Time	: < 30	min	< 30
Viscosity	: Normal		
Sperm Concentration	: 110.00	million/mL	> 16
Total Count	: 275.00	million/ejaculate	> 39
Fast Forward Progressive (grade a)	: 10	%	Progressive(a+b) >30%
Slow Progressive (grade b)	: 30	%	
Sluggish (grade c)	: 10	%	
Immotile (Grade D)	: 50	%	
Viability (within 1 hour)	: 55	%	> 54 %
Normal Forms	: 15	%	> 4 %
Abnormal Forms	: 85	%	
Abnormal Heads	: 40	%	
Abnormal Tails	: 30	%	
Abnormal Midpiece	: 15	%	
Pus Cells	: 0 - 2	/ HPF	
Red Blood Cells	: 0 - 2	/ HPF	
Immature Sperm Cells	: 4 - 6	/ HPF	

Comments:

احضرت العينه بمعرفة المريض وعلى مسئوليتيه

Dr. Samir Abbas Kheder
Laboratory
Medicine/Clinical Pathology
License No. P13160

Result Date/Time : 31/07/2024 07:25:07 PM

Lab Tech : ISRAA ALKHALILEH

Lab Doctor: Dr.SAMIR KHEDR / P13160

Al Rumayh St. - Al Nasr
Tel.: +974 4442 0900
Fax: +974 4442 1000

شارع الكرامة - النصر
الهاتف: +974 4442 0900
الفاكس: +974 4442 1000

Al Maateneh St. - Al Mansourah
Tel.: +974 4416 0222
Fax: +974 4416 0333

شارع المنصور - المنصور
الهاتف: +974 4416 0222
الفاكس: +974 4416 0333

Al Zuhrah St. - Al Wasit St.
Tel.: +974 4450 0024
Fax: +974 4460 3000

ع. الوصي - الوصي
الهاتف: +974 4450 0024
الفاكس: +974 4460 3000



Date :/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name د. هاء القانح الوعد محمد الإسم الكامل

Date of Birth ٢٠٠٠ / ١٢ / ٢١ تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality سوداني الجنسية

Occupation ر. به منزل المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 30655540 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66748888 رقم الجوال

Emergency Contact Person محمد المرسى أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55569553 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 ه. هاء التوقيع

File Number 039280

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: رحاء القاتح المعين محمد

التاريخ: ٢٠١٧/٧/٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٢٨٥

التوقيع: [Signature]

د/ ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم ٢٨٣٤
License No. 2834



PASSEPORT /

THE REPUBLIC OF THE SUDAN

Program Type / Year-end

PC

Country Code / global yes /

SDN

جمهورية السودان

Passport No. /

P11212561

SDN

Nationality / ~~Country~~

SDN/ السحابة

Place of Birth / مكان الميلاد

WAD MADANI/ ود مدنی

Sex / الجنس

F/ **ف/**

Place of Issue / مكان الإصدار

WAD MADANI/ واد مدنی

توقيع حامل الجواز / Signature of Holder

National No. / الرقم الوطني

190-6262-7179

Date of Birth / ١٤٤١ ١٢ ١٢

01-01-1997

Date of Issue / تاريخ الإصدار

13-11-2023

Date of Expiry / انتهاء الصلاحية

12-11-2033

الحمد لله

**PCSDNELFATIH<ALAGAB<MOHAMED<<RAGA<<<<<<<<<
P112125612SDN9701012F3311123<<<<<<<<<<<0**

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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.

رجاء القاتح

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 8-8-2024

ملف رقم: 039280

التوقيع:



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

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



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 08 AUG 2021 التاريخ:
Patient's name: Ibrahim Abdulla اسم المريض:
File No.: 039280 رقم الملف:
Age: 29ys العمر:

Rx

Motility Max 2x1 1/2

Doctor's signature: _____

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