



File No.: 038941

Nationality: SUD

0120 200 200

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 038941
 Name: RAWDA IBRAHIM BABIKER
 QID No: 29073602515 Sex: Female
 Mob: 55331629 Address: AL THUMAMA



Age: 32 yrs

Marital Status: Single

and's Name:

ile Phone: 55331629

Residence Phone:

SYMPTOMS:

want's to check vulval swelling / 1x
 Painless - NOT discharging - NOT itching

Medical History: medically Free P.H. N.A. Sigmoid F.H. - Ca Breast
 mother

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 Y-S L.N.M.P. 210-5-24
 Menstrual Habits: Regular every 30 days - 4 days
 Menstrual Symptoms: Menopause:
 Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB

**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 160.5 cm Wt. 64.5 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg 36.4°C
 anxious - well - cooperative 84/min 18/min

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. perineal repair, hymen ??, modified
 Bimanual Exam. circumscision, small fundus at left
 Rectal Exam. Side aspirated NAD

Investigation Requested:

Diagnosis: Gynae check up for - genital papule

Plan of Management:

reassured

Next Appointment:

Date 29 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name روضه ابراهيم علي الاسم الكامل

Date of Birth 1996/11/1 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation محاسبة المهنة

I.D Number 29073602515 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55321629 رقم الجوال

Emergency Contact Person 77392714 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 77392714 رقم هاتف

Address: Building No. 46 Zone No. 823 Street No. 36 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 038941



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.

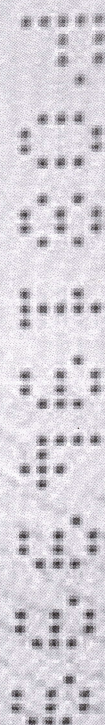
اسم المريض / المريضة: روضة ابراهيم علي

التاريخ: 2024/5/29

ملف رقم: 038941

التوقيع: [Signature]

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



P081949990SDN9001011F3107313<<<<<<<<<<<<<<<<