

- visit visa



File No.: 039187

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039187
Name: SALMA AWAD ALSAMANI
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 31258677 ADDRESS: M. KHALIFA



Age: 26 yrs

Marital Status: 3 yrs

band's Name: Moaaz Mohamed Fazah

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

pelvic pain / 1 yr.
delayed period 1 1/2 months.
lactating not on contraception - there is yellowish
vag. discharge - no itching & no urinary symptoms.
Medical History: medically free P.H. none F.H. F + M (COM)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 15 yrs. L.N.M.P 3-3-24
Menstrual Habits: regular - last for 6 days every month.
Menstrual Symptoms: 1st & mild dysmenorrhea Menopause:
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 1 3/12 X
NVD, a/w

♀ 1 ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 43-3 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
immatured - pale - cooperative.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Soft - mild left iliac fossa tenderness.

Breasts: well developed - & milk.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ refused speculum

Investigation Requested:

US = 1.4 viable embryo - CRL 0.4 cm
GA 6 wks, EDD 2-3-25 - 75 +ve - normal
ovaries - no cyst or FFCS.

Diagnosis:

Δ Early pregnancy for obs. file.

Plan of Management:

pt reassured & given.

Next Appointment:

Report No : 436624 QID / PP P08530050
Patient ID : 298220
Name : SALMA AWAD
DOB : 01-JAN-98
Nationality : SUDAN
Referred By : OUTPATIENT
Company : REGULAR CASH PATIENTS

Bill Date : 30-JUL-2024
Sex/Age : F/ 26 y / 6 m / 30 d
Report Dt : 30-JUL-2024 19:13:13
Bill No : 1305112

298220

HEMATOLOGY

TEST	RESULT	REFERENCE	UNIT
------	--------	-----------	------

CBC - LAB

RBC COUNT	3.97	3.5-5.5	Million/mm3
HEMOGLOBIN	11.3	11.0-17.0	g/dl
HCT	34.8	37.0 - 50.0	%
MCV	87.7	82 - 95	fl
MCH	28.4	27-31	pg/ml
MCHC	32.5	32.0-36.0	g/dl
RDW-CV	13.3	0.0-18.0	%
RDW-SD	42.1	20-59	fl
WBC	7.23	4.0-11.0	x1000/mm3
NEU	70	40-70	%
LYM	24	20-45	%
MON	04	02-10	%
EOS	02	01-06	%
BAS	00	0-02	%
NEU#	4.92	2.0-7.0	x1000/mm3
LYM#	1.77	1.5-4.0	x1000/mm3
PLT	268	150-450	x1000/mm3

Report No : 436690 QID / PP P08530050
Patient ID : 298220
Name : SALMA AWAD
DOB : 01-JAN-98
Nationality : SUDAN
Referred By : OUTPATIENT
Company : REGULAR CASH PATIENTS

Bill Date : 30-JUL-2024
Sex/Age : F/ 26 y / 6 m / 30 d
Report Dt : 30-JUL-2024 22:22:16
Bill No : 1305112

298220

ENDOCRINOLOGY

TEST	RESULT	REFERENCE	UNIT
------	--------	-----------	------

TSH - LAB

TSH	0.83	ADULT :0.25-5.80 1 YR-5 YR :0.7-6.6 6YR-10 YR:0.8-6.0	mIU/ml
-----	------	---	--------

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: SALMA

Patient ID: 039187

Multistix® 10 SG
Test date 09-17-2024
Time 3:20PM
Operator LAMIS
Test number 2863
Color Yellow
Clarity Clear

GLU Negative
BIL Negative
KET Negative
SG 1.020
BLO Negative
pH 7.0
PRO Negative
URO 0.2 E.U./dL
NIT Negative
LEU Negative

GLU Negative
BIL Negative
KET Negative
SG 1.025
BLO Negative
pH 7.0
PRO Negative
URO 0.2 E.U./dL
NIT Negative
LEU Negative

BLO Negative
pH 6.0
*PRO 1+ *

Date 8 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 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 50 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 039187



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية المعالج لي لمقابلي 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: سليمة عوف خريج

التاريخ: 8/7/2024

ملف رقم: 03187

التوقيع: سليمة



تاریخ ۱۳۰۲



PASSPORT / جواز سفر



THE REPUBLIC OF THE SUDAN

Passport Type / نوع الجواز

Country Code / رمز القطر

جمهورية السودان

Passport No. / رقم الجواز

P08530050

SDN

Full Name / الاسم الكامل
سليم عوض فزع السمانى

SALMA AWAD FAZA ELSAMANI



Nationality / الجنسية

SDN/ السودان

Place of Birth / مكان الميلاد

EAST ELGEZIR/ شرق الجزيرة

Sex / الجنس

F/ أنثى

Place of Issue / مكان الاصدار

OMDURMAN/ أمدرمان

توقيع حامل الجهاز / Signature of Holder

National No. / الرقم الوطني

الرقم الوطني / National No. 7
190-3211-8816

Date of Birth / تاريخ الميلاد

Date of Birth / تاريخ الميلاد
01-01-1998

Date of Issue / تاريخ الإصدار

05-12-2021

Date of Expiry / انتهاء الصلاحية

04-12-2031

volume

```
P085300502SDN9801015F3112043<<<<<<<<<<<<6
```