

1st NVD 9/12P
abn m at 6wks complet
3rd abn m at 5/12 EAC



File No.: 039334

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039334
Name: SAMAHER NADER HASSAN
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 60086473 ADDRESS: ALMOURA



Age: 29 YRS.

Marital Status: 3 YRS.

and's Name: AHMAD ABDULKAREEM KHIDIR

le Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- lower abdominal pain + back pain / 2 days vaginal discharge
which itching, no bad odour. period in the last 2 months
became prolonged and heavy lasting about 15 days.

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. DM + HTN
+ Asthma
(M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 18 years

L.N.M.P 23.7.24

Menstrual Habits: regular, 25 days, lasting 4 days

Menstrual Symptoms: no abs symptoms:

Menopause:

Parity: P 1

Abortion 2

Ectopic

LCB 26.1.2021



NVD 1



6wk (complete) 5 month (EAC)

EXAMINATION

General Examination: Ht. 165 cm Wt. 48.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Slm, coop, normal ♀ look

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: NAD.

Breasts: No galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. small introitus & vagina, uncircumcised

Bimanual Exam. menstrial disch + Ca of multi

Rectal Exam.

Investigation Requested: A/F ut of regular contours normal endomet
GA 6mm Rt & Lt ovaries N/Cs N/ech No AFCs

Diagnosis: Menometrorrhagia. IUD

Plan of Management: TSH -

Next Appointment:



Date 6 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name سماهر نادر حسن قسوالق الإسم الكامل

Date of Birth 21/09/1991 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 7-874 12 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 77980023 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 سماهر التوقيع

File Number 039324

نموذج الموافقة المستنيرة (Consent Form)

Consent Form:

A legal document signed or marked by a patient or legal authorized representative voluntarily, without coercion or undue influence, prior to any medical

Treatment/procedure. This form states that the patient agrees to undergo the recommended treatment/procedure and is aware of any possible risks that might occur Purpose:

To guide healthcare providers in obtaining and documenting Informed Consent. Informed

Consent protects patients and avoids putting them in powerless and vulnerable situations.

This policy sets out expectations of healthcare providers to implement processes that shall ensure:

Providers abide by legal, professional and ethical obligations in obtaining informed

Consent prior to managing their patients' medical condition/s.

Sufficient information is provided to patients in order to help them make informed

Voluntary decisions whereby they either accept or refuse a treatment or procedure.

The right of patients to refuse treatment or to withdraw their consent shall be respected

(Please refer to the Ministry of Public Health Patients' Bill of Rights and Responsibilities).

The patients' cultural requirements shall be respected and fulfilled whenever possible.

This policy is compulsory and the Ministry of Public Health (MOPH) mandates all healthcare

providers to ensure compliance with the legal and ethical standards outlined within this policy, in

Obtaining Informed Consent from patients/legal authorized representatives.

I had the opportunity to read this form and ask questions, my questions were answered to my satisfaction, and I agree to any proposed treatment.

I authorize the attending physician to treat me and do further treatment if needed, God forbid.

The therapist advised me that antibiotics, analgesics and other medications can cause allergic reactions

I understand that it is my responsibility to inform the doctor if I am allergic to a particular drug and any medications I am currently taking.

I understand that during treatment it may be necessary that I may need surgery

The Doctor he/she inform that:

The nature of the patient's condition, diagnosis and treatment/

Procedure/s to be performed.

Nature and probability of risks involved.

Potential complications associated with the recommended

Treatment/procedure.

Person/s involved in the procedure

نموذج الموافقة :

وثيقة قانونية يوقعها أو يختتمها المريض أو ممثله القانوني المفوض طوعاً، دون ضغط أو تأثير غير مبرر قبل العلاج أو الإجراء الطبي. وينص هذا النموذج على أن المريض يوافق على الخضوع للعلاج أو لإجراء طبي موصى به، وأنه على دراية بأي مخاطر محتملة يمكن أن تحدث،

الغرض:

إرشاد مقدمي خدمات الرعاية الصحية خلال عملية الحصول على الموافقة المستنيرة وتوثيقها، تحمي الموافقة المستنيرة المرضى، وتجنب وضعهم في مواقف يشعرون فيها بالعجز وقلة الحيلة.

تحدد السياسة الحالية توقعات مقدمي خدمات الرعاية الصحية لتنفيذ العمليات التي تضمن تقييد مقدمي الرعاية الصحية بالالتزامات القانونية والمهنية والأخلاقية ذات الصلة بالحصول على الموافقة المستنيرة قبل البدء بالتعامل مع الحالة الصحية.

تقديم معلومات وإفافية للمرضى تساعد في اتخاذ قرارات طوعية واعية فيما يتعلق بقبول العلاج أو الإجراءات العلاجية أو رفضها.

احترام حق المريض في رفض علاج ما أو سحب موافقته (يُرجى الرجوع إلى وثيقة هذا مسؤوليات المرضى الصادرة عن وزارة الصحة العامة). احترام المتطلبات الثقافية للمرضى وتلبية متى أمكن ذلك.

هذه السياسة الزامية حيث تكلف وزارة الصحة العامة جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية بضمان الإمتثال للمعايير القانونية والأخلاقية، المبينة في هذه السياسة، في الحصول على الموافقة المستنيرة من المرضى أو المفوضين قانونياً عنهم.

لقد أتيت لي الفرصة لقراءة هذا النموذج وطرح الأسئلة، تم الرد على أسئلتي لرضائي، وأوافق على أي علاج مقترح.

أفوض الطبيب المعالج لي بمعالجتي وإجراء المزيد من العلاج إن احتاج الأمر لا قدر الله.

نصحتني طبيب المعالج إن المضادات الحيوية والمسكنات والادوية الأخرى يمكن أن تسبب تفاعلات حساسية

أفهم أنه من مسؤوليتي إبلاغ الطبيب في حالة وجود لدي حساسية من دواء معين ومن أي أدوية أتناول حالياً.

أفهم أثناء العلاج قد يكون من الضروري قد أحتاج الى عملية جراحية .

يتم ابلاغكم من الطبيب المعالج:

طبيعة حالة المريض أو التشخيص الطبي له والإجراء أو الإجراءات العلاجية الموصى باتخاذها.

طبيعة المخاطر والاحتمالات المترتبة

المضاعفات المحتملة والمتعلقة بالإجراء أو الإجراءات العلاجية الموصى باتخاذها. الأشخاص ذوي الصلة بالإجراء أو الإجراءات العلاجية الموصى باتخاذها.

التوقيع :  Sign:



PCSDNSAMAH<NADER<HASSAN<GASMALLA<<<<<<<<
P103418101SDN9701012F3301100<<<<<<<<<<<<0

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 06 AUG 2024 التاريخ:

Patient's name: Samaher Nader Hassan اسم المريض:

File No.: 039334 رقم الملف:

Age: 29 years العمر: Irregular bleeding "DUB"

Rx

Duphaston tabs 10mg

حبّة صباح حبّة مساء ١٠ أيام

اليوم الثاني

منه ١١ الحارة

حبّة يومياً بعد المشي لمدة ٨ أيام

43 pills

حبّة من ١٩١ يوم نزول الدارة

القائمة لمدة ٢٨ يوم

منه ١١

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523