



File No.: 039798

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039798
Name: SAHAR SAAD ABDALRAHAMAN
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 55992664 ADDRESS: BIN MAHMOOD



Age: 36 yrs

Marital Status: 3 yrs

band's Name: Alsheikh Mustafa Almamoun

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

want to conceive, staying together now for one year
not received infertility treatment.

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. DM & HTN (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P. 14-10-24

Menstrual Habits: regular, monthly

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 0 Abortion 1

Ectopic

LCB



(2 months)
EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 83. Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, fatty -

Breasts: No galactorrhea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ not indicated

Investigation Requested:

x TA = U/S uterine → @ size & shape → A/V
- with thin endometrium → menstruating
the Rt ovary - contom 4.7 x 6.0 cm
simple cyst - @ Lt ovary

Diagnosis:

secondary subfertility for 11 months

Plan of Management:

ovulation induction & clomid + follow up.

Next Appointment:



Date 15 / 10 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name سحر عبد الرحمن الإسم الكامل

Date of Birth 1987 / 10 / 10 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation — المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 559 92664 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person الشيخ مصطفى أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 30091387 رقم هاتف

Address: Building No. ☐ Zone No. ☐ Street No. ☐ العنوان:
 رقم البناية بن مكرم رقم المنطقة ☐ رقم الشارع الدوحه 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 سحر التوقيع

File Number 039798

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: سحر سعيد عبد الرحمن

التاريخ: 15 / ١٥ / 2024

ملف رقم: 039798

التوقيع: سحر



