



File No.: 039794

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039794
Name: SHARIFA MOHAMMED
QID No: 29773603021 Sex: Female
Mob: 66904991 ADDRESS: EZQWA

Age: 27 yrs
Marital Status: 1 yr
and's Name: Mohammed Fathi Tajaldeen
le Phone:
Residence Phone: -31 years.
- smoker.
- healthy.

SYMPTOMS:

want to conceive, staying together, regular S-R 3-4/wk.
her period prolonged started brownish discharge and spotting
for 10 days then become normal.

Medical History: PCO, insulin resistance P.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 years.

Menstrual Habits: irregular Period every 2 months since February, lasting 7 days. L.N.M.P 1-10-24

Menstrual Symptoms:

Parity: P 0 Abortion 0

Menopause:

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 100.8 Kg BMI Kg/m² Bp 120/90 mm Hg
no face acne, looks younger.

Chest, C.V.S. N.A.

Abdomen: Fatty & pendulous ++

Breasts: Normal looking, no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. Not done

Rectal Exam.

Investigation Requested: empty bladder.

Diagnosis: Primary INF, ovarian dysfunction PCO

Plan of Management: FSH = LH = 5.5 : 20] PCO, TSH = 3.7, prolactin 16
advised.

Next Appointment:



Date 15/10/2011

New Patient Registration Form

Full Name شريفه محمد عبدالقادر زهير الدين الإسم الكامل

Date of Birth 1997/10/11 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation لا يوجد المهنة

I.D Number 29773603021 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 66904991 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 71024897 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66904991 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان: 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 / بالاسم ☐ 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 039794

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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.

د/ليلى حامد

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: شريفة محمد عبد القادر

التاريخ: ١٥ / ١٠ / ٢٠٢٢

ملف رقم: ٥٣٩٦٩٤

التوقيع: [Signature]

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

[Signature]

