



File No.: 039214

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039214
Name: SUAAD SALEH ALKAMEL
QID No: 27973600465 Sex: Female
Mob: 66798296 ADDRESS: ALSAAD

Age: 45 yrs

Marital Status: 21 yrs

band's Name: Alemam Abdurrahman

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Rt iliac fossa pain / 1 wk +
irregular period 1.2 months - no urinary symptoms -
natural contraception. she consulted doctor and given
Primolut N & tranexamic acid & responded well.
Medical History: medically free P.H. None F.H. C.H.T.N.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P 9-5-24 → till 9-6-24
Menstrual Habits: irregular - last for one wk.
Menstrual Symptoms: a/s mild dysmenorrhea Menopause:
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic LCB 14 yrs.
♀ 3 ♂ AU NVDs, a/w -

EXAMINATION

General Examination: Ht. 173 cm Wt. 87.3 Kg BMI Kg/m² Bp 140/100 mm Hg
Looks ill, in pain, not pale.

Chest, C.V.S. soft

Abdomen: soft but there is guarding & tenderness in Rt iliac fossa
+ve rebound tenderness. no palpable mass. +ve psoas sign.
Breasts: well developed - no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not done

Investigation Requested:

T.U.S + abd. U/S = A/x enlarged uterus, ET 8.5mm.
dormant both ovaries & no reserve. big post-wall fibroid
5cm which reached endo. + other small fibroids. no cyst
Diagnosis: no AFCDS.

Plan of Management:

Δ?? Acute appendicitis + uterine fibroids lead
to metrorrhagia.
- Pt reassured, advised to stop analgesic & referred to
HMC ER to exclude Acute appendicitis &

Next Appointment:



MEDICAL REFERRAL LETTER

Gynae and General Patients

Δ?? Acute appendicitis
+ uterine fibroid

To Doctor: H M C

From : Dr. Leila Hamid Medical Center

Patient's Name : Souad Salih

Age : 45 yrs Nationality : Sudanese

is P 3 Abortion Ectopic

210 R⁺ iliac fossa
pain / 1 wk
lower backache
- irregular period

☐ Low Risk
☒ High Risk
☐ INF
☐ Others

* given analgesic
supp. in WWRc.
* UG done there
& it was normal as
she said

Referred :

OLG in pain, not pale
= vitals → OK
= abd. soft - true rebound tenderness

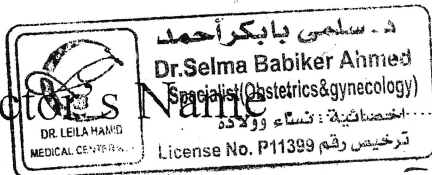
☐ For Booking to OPD
☒ To ER

* She was given
to control period

* + tenderness in Rt iliac fossa
- T.V.S = A/V uterus & multiple
uterine fibroids, biggest 5 cm
in Post. wall. ET 8.0 mm
dormant both ovaries.
& no reserve - no
cyst. no FRCDS

Referred By:

Doctor's Name



Date : 2018/08/01

Pt referred to your kind care
* to exclude Acute appendicitis
& For further assess. & manage
please

Date 13 / 7 / 2014

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 البناء 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 039214

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق / أوجه الطبيب / الطبيبة 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 إجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

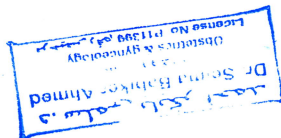
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: سعاد صالح السكاهل

التاريخ: ٧ / ١٣

ملف رقم: 039214

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27973600465 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 21/09/1979 تاريخ الميلاد:
Expiry: 27/11/2024 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN
Occupation: ربة منزل المهنة:

الاسم: سعاد صالح الكامل حبيب



Name: SOAAD ELKAMIL

Passport Number: P06865808
Passport Expiry: 18/07/2025
Serial No: 30827973600465
Residency Type: عائلية
Employer: الامام عبدالرحيم المهدي احمد
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:



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:

Patient's name:

SUAAD SALEH

File No.:

039214

Age:

45 yrs

التاريخ: _____
إسم المريض: _____
رقم الملف: _____
العمر: _____
Δ metrorrhagia due
to uterine fibroid

Rx

Progyllon tabs

٤٠٠ ملغ يومياً مع طعام يوم ليرة
٤٠٠ ملغ ١ يوم

٤٠٠ ملغ ٢ سنة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523