



File No.: 039514

Nationality: Bangladesh

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039514
Name: SUMAIYA JAHANTULI
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 55805510 ADDRESS: ALMARKHIYA



Age: 19/10

Marital Status: 1 month

Id's Name: Abdulrahman Hafeez Haroon

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

dyspareunia + post coital bleeding
inability to do complete S-R. available &
her husband for only one wk.
* her husband sister is the one who talk, she can't talk
arabic or Eng.
Medical History: medically free P.H. Non F.H. (FCM)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs. L.N.M.P. 14/8/24
Menstrual Habits: regular - last for 6 days every month.
Menstrual Symptoms: a/s & dysmenorrhea Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 32.5 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

acne + abnormal hair distribution
Slim, & few features of facial

Chest, C.V.S.

Abdomen: MAD

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

normal vulva reddish peri introitus,
Speculum Exam. & abrasions & small cut wound. No hymen
Bimanual Exam. now a recently cut, minimal whitish
Rectal Exam. discharge seen.
not done

Investigation Requested:

Diagnosis:

Δ Post coital Tear + Dyspareunia

Plan of Management:

pt reassured - given.

Next Appointment:



Date 2 / 9 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Sumaiya Jahan Tuli الإسم الكامل

Date of Birth 23 Jan 2003 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation house wife المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55805510 رقم الجوال

Emergency Contact Person 33916464 أميت الدوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33916464 رقم هاتف

Address: Building No. 27 Zone No. 33 Street No. موضبة 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 Sumaiya التوقيع

File Number 029514



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: Sumaiya jahan tuli

التاريخ: 2-9-24

ملف رقم: 039514

التوقيع: Sumaiya



Name: SUMAIYA JAHAN TULI

Father's Name: NURUL AMIN SIKDER

Mother's Name: AKLIMA KHATUN

Legal Guardian's Name:

Permanent Address: 1749 / 3609, JONOTABAG, SWOPNO NIR TOWER,
KADOMTALI, DONIA - 1236, DHAKA

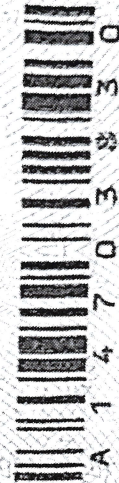
Emergency Contact:

Name: ABDUL RAHMAN

Relationship: SPOUSE

Address: NORTH JOYPUR, PIROJPUR SADAR, NAZIRPUR - 8540,
PIROJPUR

Telephone No: +8801703273186



পানপোট



শ্রেণি/Type দেশ কোড/Country Code পাসপোর্ট নং/Passport Number
P BGD A14703830

বংশগত নাম / Surname
TULI

প্রদত্ত নাম / Given Name
SUMAIYA JAHAN

জাতীয়তা / Nationality
BANGLADESHI

জন্ম তারিখ / Date of Birth
23 JAN 2005

লিঙ্গ / Sex জন্মস্থান / Place of Birth
F DHAKA

প্রদানের তারিখ/Date of Issue: প্রদানকারী কর্তৃপক্ষ/Issuing Authority
06 JUN 2024 DIP/DHAKA

মেয়াদোত্তীর্ণের তারিখ/Date of Expiry 05 JUN 2034

ব্যক্তিগত নং/Personal No.
20052692050065924

পূর্ববর্তী পাসপোর্ট নং / Previous Passport No.

23.01.05

729748

DIP/DHAKA

Holder's Signature

P<BGDTULI<<SUMAIYA<JAHAN<<<<<<<<<<<<<<<<<
A147038304BGD0501231F34060505269205006592434

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 02 SEP 2024 التاريخ:

Patient's name: Sumaiya Jahantuli اسم المريض:

File No.: 039514 رقم الملف:

Age: 19 yrs A Dysparemia العمر:

Rx

- lidocaine spray

مسحوق ليدوكاين قبل الجماع

- Fucidin cream

كريم فوسيدين على الخرج من ٥ إلى ٦ أسابيع

- Voltarine nectal suff. 5mg

٥ أقراص فولترين نيكسال قبل الجماع نصف

- Bonolla vag. wash

غسل فونولا من ٥ إلى ٦ أيام

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523