



File No.: 039049

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039049
Name: WAFA AWAD ABDULRAHMAN
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 55775483 ADDRESS: ALTHUMAMAH

Age: 33 yrs
Marital Status: Single / Divorced

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Prolonged period 121 days First
Episode - FGM done after marriage type III

Medical History:

- Recurrent UTI F/U
urology

P.H. Tonsillectomy
childhood

F.H. HTN Parent

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

9 Y-S

L.N.M.P

24.5.2024

Menstrual Habits:

Regular every 21 days - E- 6 days

Menstrual Symptoms:

heavy + Painful

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 168 cm Wt. 88.2 Kg BMI 31.2 Kg/m² Bp 117/80 mm Hg
anxious - concerned - pale (on oral iron)

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

NAD

PELVIC EXAMINATION:

FGM type III Failed

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

TAT Scan 2 - suboptimum 2 - Nodular uterus ET 6.19
Rt ovary? cyst 3.8 X 3.4 cm - Nodular ovary

Diagnosis:

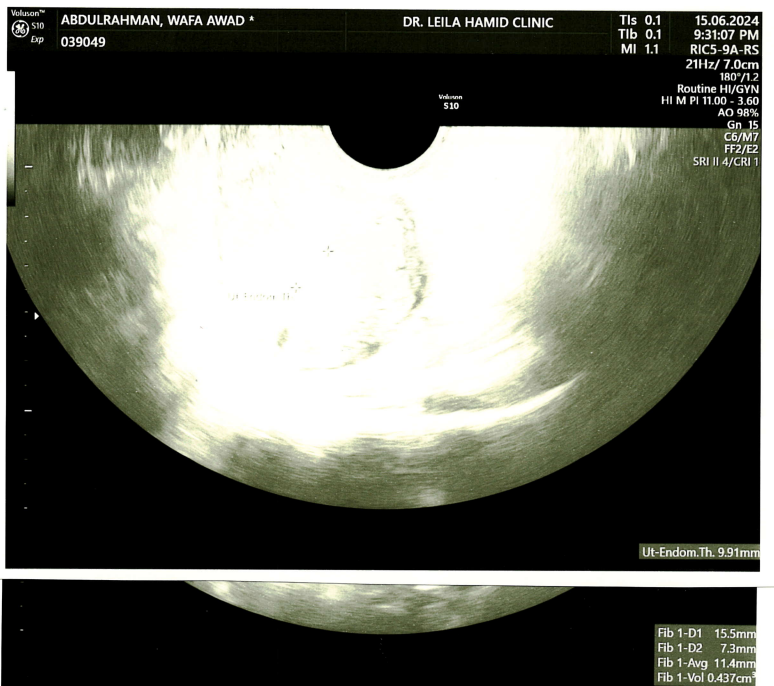
HMB

Plan of Management:

Daflon 500mg Q 8hr + iron supplement

Next Appointment:

1 month follow up - 11.11.24 For scan & iron



Date 12 / 6 / 2012

New Patient Registration Form

Full Name وفاء عوف عبد الرحمن محمد الإسم الكامل

Date of Birth 6/3/1990 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation None المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 744 74 695 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55 77 54 83 رقم الجوال

Emergency Contact Person 50335188 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 5 Zone No. 46 Street No. 9/7 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 استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039049



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: د. سلاوي

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٦ / ١٣

ملف رقم: 039049

التوقيع: د. سلاوي



جمهورية السودان

Passport Type : **سيرة الجوازات**

Country Code قطر

Passport No. 123456789

PC

SDN

P10319022

Full Name: / الاسم الكامل

وفاء عوض عبد الرحمن مشوم

Wafa Awad Abdelrhman Mohamed



Nationality / الجنسية

SDN/ السودان

Place of Birth / مكان الميلاد

KHARTOUM/ الخرطوم

Sex: الجنس:

F/

مكان الاصدار / Place of issue

BAHRI/ بحری

توقيع حامل الجواز / Signature of Holder

National No. الرقم الوطني

114-9257-0459

Date of Birth: 1911-01-01

06-03-1990

Date of issue تاريخ الاصدار

07-01-2023

Date of Expiry (التاريخ المنته)

06-01-2033

PCSDNWAF&AWAD&ABDEL RHMAN&MOHAMED<<<<<<<<<<<<
P103190229SDN9003060F3301063<<<<<<<<<<<<<<<<6

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.

12 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Wafa Awad اسم المريض:

File No.: 039049 رقم الملف:

Age: 33 y.o. / HMB العمر:

Rx

- Daflon tabs 500g

حبّة كل ٨ ساعات ٦ مرّات

٥

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523