

- Visit Visa



File No.: 039176

Nationality: Sudan

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039176
Name: FATIMA MUTAZ MUSA
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 71985903 ADDRESS: MUITHER



Age: 26 y/o

Marital Status: 3 yrs

's Name: Kholaf Salah Ali

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

scanty period irregular / sometimes
& she wants to conceive.
- lactating. not on contraception. she has symptoms
sugg. PCO - regular SR when they are together.

Medical History:

medically free

P.H.

C/S

F.H. F+M
CHTN)

FCDMD

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 yrs

L.N.M.P

6/7/24

Menstrual Habits:

irregular, last for 6 days.

Menstrual Symptoms:

non.

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB

1 $\frac{5}{12}$ yrs



Em C/S due to CPD

EXAMINATION

General Examination: Ht.

157 cm

Wt.

83.1 Kg

BMI

Kg/m² Bp

110/

mm Hg

obese & facial hair and acne. not pale.

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

obese, soft.

Breasts:

well developed. & milk.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

not indicated.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

T.U.S = A/V normal size uterus, thick
endo. 14.3 mm & PT-ve, ovaries showed PCO picture
esp. Rt one & mucinous, Rt ov. Cyst 3-7 x 2-3 cm &
-ve Doppler. no FFCDs.

Diagnosis:

A ?PCO + Rt. ov. Cyst.

Plan of Management:

Pt reassured, advised to ↓ weight. D

Next Appointment:

FSH & LH requested. given to control period +
glucose phase.

Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name فاطمة التهامي محمد موسى الإسم الكامل

Date of Birth 1998/9/17 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation سيدة منزل المهنة

I.D Number 19--1-18491 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 3-19809-7 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوجي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33019709 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. 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 إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض ☐

Signature فاطمة التوقيع

File Number 039176

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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.

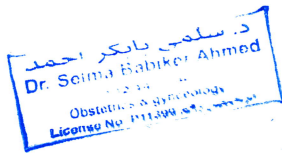
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: قاطمه الزهراء مهتز موسى

التاريخ: ٢٠٢٤/٧/٦ م

ملف رقم: 039176

التوقيع:





P08061737

Full Name / الاسم الكامل

ABDALMOTALAB

Date of Birth / تاريخ الميلاد

Sex / الجنس

Date of Issue / تاريخ الإصدار

F/ أنشى

24-05-2021

Place of Issue / مكان الاصدار

Date of Expiry / انتهاء الصلاحية

توقيع حامل الجواز / Signature of Holder

23-05-2026



P080617377SDN9809169F2605236<<<<<<<<<<<<<<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. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

13 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Fatima Mutaz اسم المريض:

File No.: 039176 رقم الملف:

Age: 26 yrs. Δ vulvo vag. init. العمر:

Rx

أولاً - Gyneo candizole vag. supp. ③ 400mg
تحتية فولية في الفم

ثانياً - Dalacin vag. supp. ③
تحتية فولية في الفم

ثالثاً - Fluconazole caps. 150mg
تحتية الفم في الفم

Doctor's signature:



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

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: 6.7.2014 التاريخ:
Patient's name: Fatima Muta2 إسم المريض:
File No.: 0391761 رقم الملف:
Age: 26 yrs Δ PCO العمر:

Rx

pragylaton tabs (21)
حبّة يومياً مع خالص يوم ١ مرة
و ليلة ١ مرة
٢ شهر

glucophage tabs 500mg
حبّة قبل الإفطار و ليلة ١ حبّة
٢ حبّة قبل الإفطار و ليلة ١ حبّة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523