



Husband
 - 40 Y-S
 - Accountant
 - slim
 - medically Free
 - Not Smoker

File No.: 038926

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 038926
 Name: SALMA HASSAN MOHAMMED
 QID No: 28873601648 Sex: Female
 Mob: 50155163 Address: MAEZER

Age: 39 yrs
 Marital Status: 13 yrs
 Husband's Name: Ghasan Othman Mohammed
 Home Phone: 50155163 Residence Phone: 33491864

SYMPTOMS:

- wants to conceive - stopped injectable Progestogene 11/2022 & trying to conceive, S.R. during ovulation days as well - creamy vaginal discharge offensive NOT itchy -

Medical History: Chronic Iron deficiency PH. CIS (3) F.H. anaemia -

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 15 Y-S L.N.M.P 26-5-24
 Menstrual Habits: Regular every 21-25 days for 5 days
 Menstrual Symptoms: Menopause:
 Parity: P 3 Abortion 1 Ectopic LCB 4 Y-S

♀ 2 ♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 175 cm Wt. 85.7 Kg BMI Kg/m² Bp 100/70 mm Hg
 Normal female look

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD - CIS scar (nice)

Breasts: No galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.
 Bimanual Exam. Menstruating
 Rectal Exam.

Investigation Requested: AVF ut e-GA endomet. 6mm - Rt ov. NIS; A ech

TA
 U/S

Diagnosis: 2cm INF for investigation
 Lt ov. ? e-cyst

Plan of Management:

C-T 6/6, HSG
 SFA

Next Appointment:

Name: Salma Hassan

File Number: 038926

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
6-6-24 86.21kg 110/70 Came back	26-5-24 D12.	— Does not want to pay did not benefit from the last visit.?! Rxed for vaginoids (Says) • was most mature & no S/E was done ?!?	— GA 4.15 mm No FFCS	not seen by TVUS by TA - 3 small follicles	one follicle 14+ mm.

Notes:



Date 27 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name حسام محمد حليم الإسم الكامل

Date of Birth ١٩٨٥/٣/١٥ تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality سودانية الجنسية

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 28573601648 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 50155163 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33491864 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقراب

Emergency Contact Number 33491864 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع العنوان:

How did you hear about our Center

Advertisements / إعلانات Referral by doctor Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

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 حسام محمد حليم التوقيع

File Number 238926



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة 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 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: سالمه حسن محمد

التاريخ: ٢٧ / ٥ / ٢٠٢٢

ملف رقم: ٥ 38926

التوقيع: [Signature]

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P812
License No. P812

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28573601648 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 28/03/1985 تاريخ الميلاد:
Expiry: 21/01/2026 الصلاحية:
سودانية الجنسية:
Nationality: SUDAN
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: سلمى حسن محمد عبدالحليم

Name: SLMA ABDALHALEM

Passport Number: P05996777 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 09/07/2024 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30428573601648 الرقم الممثل:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: عثمان عثمان محمد عبدالله المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

سلمى حسن

