



File No.: 038990

Nationality: Q

**GYNAECOLOGICAL SHEET**

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
File No: 038990  
Name: AISHA IBRAHIM ALEMADI  
QID No: 28563400658 Sex: Female  
Mob: 55195190 Address: AIN KHALID



Age: 39 yrs

Marital Status: 20 yrs

band's Name: A Wahab Aladawi

Mobile Phone: Residence Phone:

**SYMPTOMS:**

Wants to conceive, divorced 4 yrs  
rejoined 1/12. But actually in Aug-

**Medical History:**

Rheumatoid on Tetraone P.H. Gastric Sleeve. F.H. of Twin's  
zansia once/wk 2016

**MENSTRUAL HISTORY:**

Menarche: 12+

L.N.M.P 17/5/2024

Menstrual Habits: monthly usually lasts for 6 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 3

Abortion 0

Ectopic

LCB 6 yrs

♀ 2<sup>15</sup> ♂ 1

**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 61.1 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 110/80 mm Hg

shy, normal ♀ look, coop.

Chest, C.V.S. N.A.

Abdomen: scar of lipectomy

Breasts: scars of mamoplasty

**PELVIC EXAMINATION:**

Speculum Exam.

Bimanual Exam. not done

Rectal Exam.

**Investigation Requested:**

AVF - ut & small fibroid 1.2 cm Ø  
post wdl, not saved

**Diagnosis:**

Wants to conceive (twins) Gyn

**Plan of Management:**

when gets married Femara 1x1x5 d.s.

**Next Appointment:**

2 surgery 6/6



ENDOCRINOLOGY

Name : AISHA IBRAHIM M A ALEMA  
 Sex/Age : F/ 39 y/ 5 m / 5 d  
 Nationality : Qatar  
 Sample Col. : At Lab  
 Ref. By Dr. : Dr. Ahmed Farhat  
 Ref. By Clinic : ALMALAKIYA

Lab No : 30277  
 DL No : 22396  
 Entrance Tm: 06-JUN-2024 16:23:36  
 Exit Date : 06-JUN-2024 17:13:24  
 Ext. Ref. Num: 14015

TEST

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
Progesterone	23.26	ng/ml	Follicular phase: 0.162-1.521 Luteal phase: 1.203-24.85 Ovulation phase: 0.823-2.881 Postmenopausal: 0.103-0.754  For Pregnant Females First Trimester: 9.743-42.47 Second Trimester: 16.42-80.24 Third Trimester: 56.31-214.5

Higher-than-normal levels may be due to  
 -Pregnancy  
 -Ovulation  
 -Adrenal cancer (rare)  
 -Ovarian cancer (rare)  
 -Congenital adrenal hyperplasia (rare)

Lower-than-normal levels may be due to  
 -Amenorrhea (no periods as result of anovulation [ovulation does not occur])  
 -Ectopic pregnancy  
 -Irregular periods  
 -Fetal death  
 -Miscarriage



Dr. Vidyaashree Venkatesh  
 Laboratory Medicine  
 Clinical Pathology  
 License P12547

Al Salam Street Muaither North  
 New Rayyan, Zone 53, Doha Qatar  
 E-mail: [dr.leilamedcenter@gmail.com](mailto:dr.leilamedcenter@gmail.com)  
 Telephone Nos.: +974 44817651  
 Fax Nos.: +974 44812796 - P.O. Box 2505  
 Mobile No. : 55868523



معبر شارع السلام  
 الجديد / منطقة 53 / الدوحة، قطر  
 الإلكتروني: [dr.leilamedcenter@gmail.com](mailto:dr.leilamedcenter@gmail.com)  
 هاتف رقم: +974 44817651  
 فاكس رقم: +974 44812796  
 جوال رقم: 55868523

**Nº 0013287**

## LABORATORY REQUEST FORM

Patient Name Aisha Ibrahim Al-Faraj ID No. 038990  
 Nationality Qatar Age 39 ym Gender F Patient File No. 038990  
 Specimen Requested By Dr. Leila Mamid Date of Request 4/6/2014 Mobile 55868523  
 Collecting Med. Technician Signature S. PROGESTERONE - 6/6/2014 Dr Specimen Collected By AMP - H/S/2014  
 Date 6/6/2014

Hematology / Coagulation	Albumin	Vitamin B3 (Nicotinamide)	HAV Ab Total
CBC	Total Globulin	Vitamin B6 ( Pyridoxine )	HBs Ag
ESR	A / G Ratio	Vitamin E	HBs Ab
Platelet Count	BUN	<b>Hormones</b>	HBc Ab IgM
Reticulocyte count	Urea	β - HCG	HBc Ab Total
Sickle Cell Test	Creatinine	TSH	H Be Ag
Hb Electrophoresis	Uric Acid	FT 4	H Be Ab
G - 6 - PD	Sodium	FT 3	HCV Ab
Malaria Film	Potassium	Total T4	HIV I & II
Bleeding Time	Chloride	Total T3	VDRL / RPR
Clotting	Bicarbonate ( HCO3 )	FSH	TPHA
PT	Creatinine Clearance	LH	Rubella IgM
PTT	Calcium ( Totale )	Estradiol ( E2 )	Rubella IgG
Fibrinogen	Calcium ( corrected )	Prolactin	Toxoplasma IgM
Coombs Test (Direct)	Phosphorus	Progesterone	Toxoplasma IgG
Coombs Test (Indirect)	Magnesium	Testosterone ( Total )	CMV ( IgG , IgM )
Blood Group ABO/Rh Typing	Iron	Testosterone ( Free )	HSV I ( IgG , IgM )
<b>Biochemistry</b>	TIBC	SHBG	HSV II ( IgG , IgM )
Glucose (fasting)	Ferritin	DHEA - SO 4	TORCH Test
Glucose ( 2 hr PP )	CK ( Total )	Anti- Mullerian Hormone	Anticardiolipn (IgG , IgM )
Glucose ( random )	CK - MB	Insulin	Lupus Anticoagulant
Glucose 1 hr ( 50 gme )	LDH	C-Peptide	Anti-ds-DNA
Glucose Tolerance Test (GTT)	Amylase	Growth Hormone	Anti CCP
Hb Alc	Homocysteine	IGF - 1	Extractable Nuclear Ag (ENA)
Microalbumin (urine )	Zinc	Cortisol ( AM , PM )	H. Pylori Ab (IgA , IgG)
Cholesterol ( Total )	Lithium	17-OH Progesterone	Anti-Thyroid Peroxidase Ab
HDL - Cholesterol	Valproic Acid (Depakene)	PTH	Anti-Thyroglobulin Ab
LDL - cholesterol	Carbamazepine (Tegretol)	<b>Immunology/Serology</b>	Varicella Zoster (IgG,IgM)
Triglycerides	Serum Protein Electrophoresis	ASOT	<b>Allergy Screen</b>
Total Lipids	<b>Vitamins</b>	CRP	IgE Total
AST ( SGOT )	Vitamin D	RF	Allergy Screen (Food Panel)
ALT ( SGPT )	Vitamin B 12	Brucella Test	Allergy Screen (Inhalant panel)
Alkaline Phosphatase	Folate , Serum	Widal Test	Allergy Screen (Pediatric Panel)
Bilirubin ( Total )	Folate , RBC	Monospot Test (I.M.)	<b>OTHER</b>
Bilirubin ( Direct )	Vitamin A ( Retinol )	EBV-VCA ( IgM , IgG )	
Gamma-GT	Vitamin B1 ( Thiamine )	HAV Ab IgM	
Total Protein	Vitamin B2 ( Riboflavin )	ANA	

Requesting Physician Signature ..... Requesting Physician Stamp .....

Date 4 / 6 / 24

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... عائشة ابراهيم الهادي ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 27-4-1985 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender:  Male / ذكر  Female / أنثى Nationality ..... قطر ..... الجنسية

Occupation ..... موظفة ..... المهنة

I.D Number ..... 28563400658 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... 8 ج 8 ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 55195190 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... 55025802 ..... أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ..... 8 ج 8 ..... 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  ..... استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature ..... [Signature] ..... التوقيع

File Number ..... 038990 .....

## نموذج الموافقة المستنيرة

### موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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.

امثارة

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

اسم المريض / المريضة: عائشة إبراهيم الهاوي

التاريخ: 4-6-2004

ملف رقم: 038990

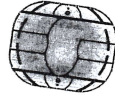
التوقيع:

د. ليلي حامد  
Dr. Leila Hamid  
استشارية نسائية وتوليد  
ترخيص رقم P832

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28563400658

الرقم:

D.O.B. 27/04/1985

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

25/09/2033

الصلاحية:



Name: AISHA IBRAHIM M A ALEMADI

الإسم: عائشه ابراهيم محمد علي العمادي

منطقة 56 - شارع 329 - مبنى 123

العنوان:

Serial No:

113414091246A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

