



File No.: 039324

Nationality: QAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039324
 Name: WADHA EID SAAD AL-DOSARI
 QID No: 30163400030 Sex: Female
 Mob: 70222297 ADDRESS: A/ KHALID



Age: 23 y.o

Marital Status: 11 months

band's Name: Fahad Mohammed Al-Dosari

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Came to check ov. cyst.
 - she has abnormal hair distribution
 - she took COCs for only 3 months & stopped.

Medical History: medically free PH. Non F.H. M(CDM)
 a part from Neurocysticercosis

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 10 - 11 yrs L.N.M.P 9/7/24
 Menstrual Habits: regular - last for 8 days every month.
 Menstrual Symptoms: ass to dysmenorrh. Menopause:
 Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 57.9 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg
 slim, cooperative, non pale

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft

Breasts: not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not done

Investigation Requested:

T.U.s: R/v normal size uterus, thick
 endo - 14.6mm - both ovaries showed PCO picture &
 small follicles - there is remnant of Rt. ov. cyst 1-2 x 1.0cm
 Diagnosis: PCO + AFCDS

A? PCO

Plan of Management:

reassured & given.
 - Has alot of quierries, all answered.

Next Appointment:

Umm Al Seneem Health Center

Client: Umm Al Seneem Health Center
Address: abc
Doha,



HC Number: HC00223021
FIN: 0162133864
Admit: 13/06/2024
Disch: 13/06/2024
Location: USN Laboratory

Patient: **WADHA EID SAEED AL-DOSARI**

Qatari ID: 30163400030
DOB/Age/Sex: 01/01/2001 23 years Female
Admitting:
Attending: Physician Laboratory

Chemistry

Endocrinology

Collected Date	13/06/2024		
Collected Time	19:44		
Test		Units	Reference Range
Estradiol	249.0 ^{i1*}	pmol/L	
SHBG	105.0 ^{i2*}	nmol/L	[32.4-128.0]
FSH	7.1 ^{i3*}	IU/L	
LH	7.4 ^{i4*}	IU/L	
Testo	0.66 ^{*1}	nmol/L	[0.29-1.67]

Interpretive Data

- i1: Estradiol
For "Female Patients" Estradiol Reference Range:
Follicular Phase: 45.4 - 854 pmol/L
Midcycle Phase: 151 - 1461 pmol/L
Luteal Phase: 81.9 - 1251 pmol/L
PMP Phase: <18.4 - 505 pmol/L
- i2: SHBG
Reference range applicable for non-pregnant & non-contraceptive taking women
- i3: FSH
FSH Reference Range:
Follicular Phase 4 - 13 IU/L
Ovulation Phase: 5 - 22 IU/L
Luteal Phase: 2 - 8 IU/L
PMP Phase: 26 - 135 IU/L
- i4: LH
LH Reference Range:

LEGEND: *=Corrected, @=Abnormal, C=Critical, L=Low, H=High, f=Footnote, #=Interpretive Data, R=Ref Lab

Department of Laboratory Medicine & Pathology
P.O Box 3050 Doha, Qatar
Administrative Enquires +974 4026 4011
Email: Pathlabmed@hamad.qa

HGH Lab Rapid Response; +974 4025 7359
HGH Lab Anatomical Pathology; +974 44392046/7
HGH Lab Microbiology; +974 4439 4975/2038

Al Wakra hospital Lab; +974 4011 4201
Al Khor Hospital Lab; +974 4474 5181/2
NCCCR hospital Lab; +974 4439 7755/6
The Cuban Hospital Lab; +974 4015 7790
HBKMC Lab; +974 4026 4077/8
PEC Al Saad Lab; +974 4439 6014
HMGH Lab; +974 4024 0275
AAH Lab; +974 4024 8098



Date ٥ / ٥ / ٢٠٢٤

New Patient Registration Form

Full Name Wadha Eid Aldosari الإسم الكامل

Date of Birth 1/1/2001 تاريخ الميلاد

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality Qatar الجنسية

Occupation none المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70222297 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقراب

Emergency Contact Number 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) / تفضلها التي

I receive my Rights & Responsibilities إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature Wadha التوقيع

File Number



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.

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

wadha Aldosari

اسم المريض / المريضة: **وضى عبد الدوسري**

التاريخ: **5-8-24**

ملف رقم: **039324**

التوقيع: **Wadha**



د. س. د.

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 30163400030

تاريخ الميلاد: D.O.B. 01/01/2001

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 19/02/2029



الإسم: وضى عيد سعد مرداس الدوسري

Name: WADHA EID S M AL-DOSARI

العنوان: منطقة 68 - شارع 506 - مبنى 2

الرقم المسلسل: Serial No: 71729118000F25C7

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaitheh
Villa No.: 80 & 82

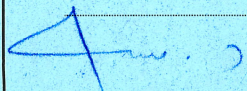


مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No:

Date:	٠٥ - ٣ - ٢٠٢٤	التاريخ:
Patient's name:	WADHA EID SAAD	إسم المريض:
File No.:	٠٣٩٣٢٤	رقم الملف:
Age:	23yrs . A delay od period	العمر:
Rx - Duphaston tabs 10 mg cib r qd c up sup c 10		
		
Doctor's signature:		

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