

- 2nd wife.
had no baby from the first one



File No.: 039292

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039292
Name: ALAA MOHAMED ALMAHADI
QID No: 29273604657 Sex: Female
Mob: 71864266 ADDRESS: ALGHANIM



Age: 30 yrs

Marital Status: 2 yrs

band's Name: 44 year, Medically Free, obese
Husband's Name: Balola Mohel Alameen
Residence Phone: not smoker

File Phone:

H-55936630

SYMPTOMS:

want to conceive staying together now for 2 months just, after marriage 4 month being together - for last 7 months menstrual blood decrease in amount - Regular S-R 3-4 d/vk, also there is postcoital bleeding.

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. DM, KE,

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years -

L.N.M.P 28-7-24^{pm} D, 29

Menstrual Habits: regular every 25 days lasting 5 days.

Menstrual Symptoms: moderate pain -

Menopause:

Parity: P 0

Abortion 0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 83.8 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Coop, normal look, normal build

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, no abnormal hair distribution -

Breasts: No galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

AVF-ut & Regular contour, thin endomet
Rt ov. up + 37x35 mm & clear fluid, Lt ov. N/S, IV
ech

Diagnosis:

Wants to conceive, Rt ov. up

Plan of Management:

SFA

Next Appointment:

Name: Alice

File Number:.....039292

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
8/8/24 120/70 84-8/19	29/7/24 D11	—	GA 76mm	small cyst w/ papillary deposition 3.1X3cm	no bleeding follicle ruptured an D5 (dr. 1)

Notes:



مختبرات ألفا ذ.م.م
Alphalaboratories W.L.L
For Best Quality

ENDOCRINOLOGY

62546

Name : ALAA MOHD
Sex/Age : F/ 30 y / 2 m / 23 d
Nationality : Sudan
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Ebtesam Abdullah
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 226948
AL No : 62546
Entrance Tm: 25-AUG-2024 19:17:33
Exit Date : 25-AUG-2024 20:04:57
Ext. Ref. Num.: 039292

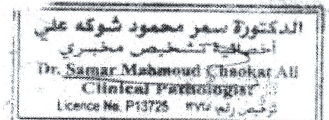
TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
B-hCG	1.15	mIU/ml	Non Pregnant : 0 - 5 4 - 5 weeks : 1 500 - 23 000 5 - 6 weeks : 3 400 - 135 300 6 - 7 weeks : 10 500 - 161 000 7 - 8 weeks : 18 000 - 209 000 8 - 9 weeks : 37 500 - 219 000 9 - 10 weeks : 42 800 - 218 000 10 - 11 weeks : 33 700 - 218 700 11 - 12 weeks : 21 800 - 193 200 12 - 13 weeks : 20 300 - 166 100 13 - 14 weeks : 15 400 - 190 000 2nd trimester(14-26): 2 800 - 176 100 3rd trimester(26-39): 2 800 - 144 400 (Detection limit <= 2 mIU / ml)

Lab Tech Name. : AZHAR_LAB

Al-Waab - Doha - Qatar - P.O.Box: 21746
Tel: +974 44883998 - Mob: +974 66991393
Website: www.alphalabsqatar.com
E-mail: info@alphalabsqatar.com



ISO 9001:2015
Quality Management System
ISO 15189:2012
Medical Laboratories Management System





Patient Name : **BALOLA MOHAMED ELAMIN MOTWLI**
File No : 2590621
Visit No : ALN214983
Consultant : Dr. Laila Hamid Hassan

Age : 46 Year(s) 7 Month(s) 21 Day(s)
Gender : Male
Identity Type : 27873600386
Sample Date : 22/08/2024 09:23:25 AM

5593 6630

Test	Result	Unit	Reference Values
Days of Abstinence	: 4 Days		
Time of collection	: 9:10 AM		
Place of Collection	: Lab collection		
Volume	: 0.9	ml	> 1.4
Colour	: Greyish White		Greyish White
PH	: Alkaline		Alkaline
Defecation Time	: < 30	min	< 30
Viscosity	: Normal		
Sperm Concentration	: 4.20	million/mL	> 16
Total Count	: 3.78	million/ejaculate	> 39
Fast Forward Progressive (grade a):	0	%	Progressive(a+b) >30%
Slow Progressive (grade b)	: 25	%	
Sluggish (grade c)	: 15	%	
Immotile (Grade D)	: 60	%	
Viability (within 1 hour)	: 45	%	> 54 %
Normal Forms	: 5	%	> 4 %
Abnormal Forms	: 95	%	
Abnormal Heads	: 50	%	
Abnormal Tails	: 30	%	
Abnormal Midpiece	: 15	%	
Pus Cells	: 1 - 3	/ HPF	
Red Blood Cells	: 0 - 2	/ HPF	
Immature Sperm Cells	: 2 - 4	/ HPF	

Comments :

احضرت العينه بمعرفة المريض وعلى مسئوليتيه

Dr. Samir Abbas Kheder
Laboratory
Medicine/Clinical Pathology
License No. P13160

Result Date/Time : 22/08/2024 11:29:39 AM

Lab Tech : SABREEN SALEM ALSALAHAT

Dr.SAMIR KHEDR / P13160

AL Kinana St. - Al Nasr

Tel.: +974 4442 0900

Fax.: +974 4442 1900



شارع الكنانة - النصر

هاتف : +٩٧٤ ٤٤٤٢ ١٩٠٠

الفاكس : +٩٧٤ ٤٤٤٢ ١٩٠٠

Al Maadeed St. - Al Mamoura

Tel.: +974 4416 0222

Fax: +974 4416 0333



شارع المعاضيد - المعمورة

هاتف : +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٢٢٢

الفاكس : +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٣٣٣

Al Aziziya- Al Waab St.

Tel.: +974 4450 0074

Fax: +974 4460 3040



شارع الوعب، العزيزية

+٩٧٤ ٤٤٥٠ ٠٠٧٤

+٩٧٤ ٤٤٦٠ ٣٠٤٠



Date 31/07/24

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية ٥٥ رقم المنطقة ٤٨٠ 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 التوقيع

File Number D39292

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: الاء حيدر

التاريخ: 8-8-2024

ملف رقم: 039292

التوقيع: الاء



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.

اسم المريض / المريضة: الاء همد المهدى

31-7-24

التاريخ: ٧/٢١

039292

ملف رقم:

التوقيع: الاء

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم 1832
License No. 1832

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29273604657 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 26/04/1992 تاريخ الميلاد:
Expiry: 15/06/2027 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

المهنة:
Occupation: ربة منزل

الاسم: الاء محمدالمهدي يوسف الحاج

Name: ALAA ELHAG



Passport Number

P09019594

رقم جواز السفر:

Passport Expiry

21/02/2032

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No

30129273604657

الرقم الممثل:

Residency Type:

عائلية

نوع الرخصة:

Employer:

بلولة محمد الامين متولى

المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

الاء محمد





ENDOCRINOLOGY



Name : ALAA MOHD
Sex/Age : F/ 30 y/ 2 m / 23 d
Nationality : Sudan
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Ebtesam Abdullah
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 226948
AL No : 62546
Entrance Tm: 25-AUG-2024 19:17:33
Exit Date : 25-AUG-2024 20:04:57
Ext. Ref. Num.: 039292

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
B-hCG	1.15	mIU/ml	Non Pregnant : 0 - 5 4 - 5 weeks : 1 500 - 23 000 5 - 6 weeks : 3 400 - 135 300 6 - 7 weeks : 10 500 - 161 000 7 - 8 weeks : 18 000 - 209 000 8 - 9 weeks : 37 500 - 219 000 9 - 10 weeks : 42 800 - 218 000 10 - 11 weeks : 33 700 - 218 700 11 - 12 weeks : 21 800 - 193 200 12 - 13 weeks : 20 300 - 166 100 13 - 14 weeks : 15 400 - 190 000 2nd trimester(14-26): 2 800 - 176 100 3rd trimester 926-39): 2 800 - 144 400 (Detection limit <= 2 mIU / ml)

Lab Tech Name. : AZHAR_LAB

