



File No.:

039310

Nationality:

Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039310
Name: ALMAHA MOHAMMED ALKHA
QID No: 30163403929 Sex: Female
Mob: 55876363 ADDRESS : ALDUHAIL



Age:

22 yrs

Marital Status:

Single

band's Name:

bile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

no regular cycle, every 2 months and scanty periods diagnosed as PCOS one year ago. also she is complaining of excessive facial hair. received GCP for 2 months

Medical History:

Non PCO diagnosed

P.H.

Non

F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

another clinic 1 year ago

Menarche:

12 years

L.N.M.P

27-7-24

Menstrual Habits:

irregular 2-3 months, lasting 5 days

Menstrual Symptoms:

pain one week before period

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB

**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 165 cm

Wt. 77.6

Kg BMI

Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

obese & PCO features.

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

soft, no abnormal hair distribution.

Breasts:

no galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not indicated «Single»

Investigation Requested:

abd. ults = A/V normal size uterus, ET 6.1mm normal Rt ovary & small follicles. Left ovary showed PCO picture. no cyst - no FFCDS.

Diagnosis:

Δ Ovarian dysfunction ? PCO.

Plan of Management:

Pt advised to ↓ wt. D₂ hormonal profile requested.
given.

Next Appointment:

Name : Almaha Mohd A K Al-Khalifa
Lab. No. : 332448492
Contract. : Al Koot Insurance
Patient No. : 30163403929
File No. : 039310

Sample Date : 01/09/2024 14:25 PM
Report Date : 01/09/2024 16:29 PM
Doctor references : Dr. Leila Hamid

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 23 Year Sex : Female

Chemistry Unit

Test	Result	Unit	Ref. Range
Follicular Stimulating Hormone (FSH)	5.43	mIU/mL	Follicular 3.5 - 12.5 Midcycle 4.7 - 21.5 Luteal 1.7 - 7.7 P. Menopause 25.8 - 134.8
Lutenizing Hormone (LH)	6.63	mIU/mL	Follicular 2.4 - 12.6 Ovulation 14.0 - 95.6 Luteal 1.0 - 11.4 P. Menopause 7.7 - 58.5
Prolactin	11.6	ng/mL	4.79 - 23.3

Comments

Vitamin Intake especially Biotin (Vitamin B7) can interfere with the prolactin result, patient must stop vitamin intake 24 hours before prolactin test.

The release of prolactin is promoted physiologically by suckling and stress. In addition, elevated serum prolactin concentrations are caused by a number of pharmaceuticals (e.g. dibenzodiazepines, phenothiazine), TRH and estrogen.

Thyroid Stimulating Hormone (TSH)	3.11	uIU/mL	0.35 - 4.94
-----------------------------------	------	--------	-------------

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Anatomical & Clinical Pathology
License No. 3403

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

Verified By : Hisham El Banawy ,Leo Mark Calderon Casabar

Printed By: System

Printed Date : PM 17:02 01/09/2024

Page 1 Of 1

All Rights Reserved © National Technology

Powered by LDM www.nt-me.com



Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	039310	
	NAME:	ALmaha Mohamed	
	LMP:	27-7-2024	
	GRAVIDA:	PARA:	ABORTION: Single
	REASON FOR SCAN:		
	C/O irregular period / 2 month		

UTERUS:

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL LINING:

NORMAL

THICKENED

ET 6-1 mm

ADNEXA:

RT OVARY 23 MM X 11 MM X 16 MM

LT OVARY 28 MM X 19 MM X 16 MM

OTHER FINDINGS:

FFCDS:

YES

NO

OVRIAN.CYST _____ SIZE _____ X _____ X _____ MM

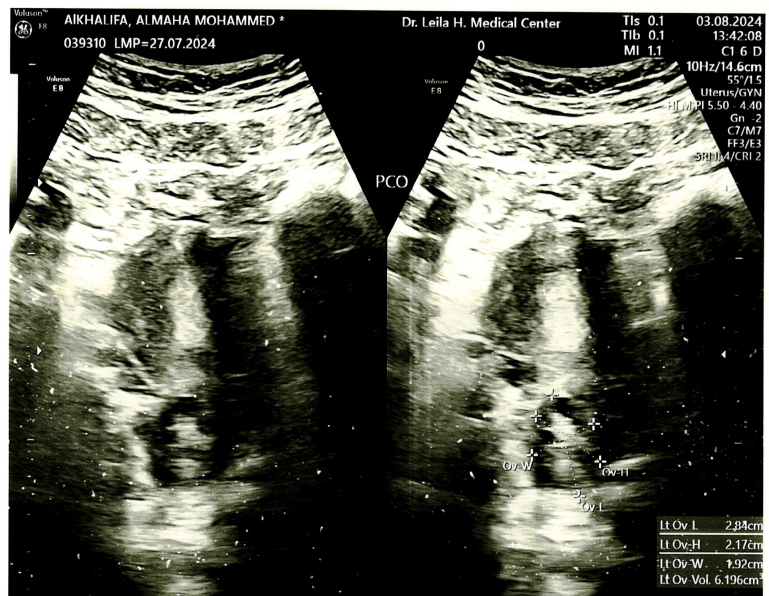
- left ovary showed no
PCO picture

IMPRESSION:

Δ ? PCO

DOCTOR SIGNATURE AND STAMP





Height	2.17 cm	2.17	avg.
Volume	6.196 cm ³	6.196	
Right Ovary			



Date 3 / 8 / 2011

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 قطر 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 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 التوقيع

File Number 039310



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.

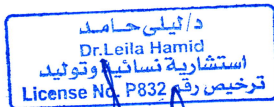
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: المها محمد آل خليفة

التاريخ: 3-8-24

ملف رقم: 039310

التوقيع: [Signature]



ALKOOT GLOBAL CARE
Health Insurance Membership

AlKoot
INSURANCE & REINSURANCE
الكويت للتأمين وإعادة التأمين

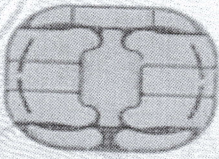
Name : ALMAHA AL-KHALIFA
Alkoot ID : 11 0021 995 22 Policy No : AK/MC/00075/0/1
Company : AL JAZEERA MEDIA NETWORK
Policy Start Date : 01/01/2019 Membership Level : Elite



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30163403929 الرقم:

D.O.B 04/10/2001 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 20/12/2031 الصلاحية:



الإسم: المها محمد عبدالله خليفه ال خليفه

Name: ALMAHA MOHD A K AL-KHALIFA

العنوان: منطقة 68 - شارع 516 - مبنى 9

Serial No: 4357A301391C247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



اتصل بنا: CONTACT US

Email: customercare@alkoot-medical.com البريد الإلكتروني

Middle East الشرق الأوسط
+961 1518 100
+962 6 580 6600



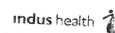
India الهند
+91 80 4916 6777



Europe أوروبا
+49 40 5379 766 25



SEA and North Africa جنوب شرق آسيا
وشمال إفريقيا
+91 904 902 2222



USA الولايات المتحدة الأمريكية
+1 866 232 8677



Sudan السودان
+249 912 733 066



Disclaimer: This card is property of Al Koot Insurance & Reinsurance Company. The card is non transferrable and usage of the card is governed by policy terms & conditions under which it is issued. This card is valid at all Provider facilities empaneled by Al Koot and its Partners for availing discounted prices for your treatment. The validity of the card is subject to continued Renewal of the policy. It is used only for identification purpose and not as an authorization to proceed with the treatment or as any guarantee of payment.



الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، _____، الموقع أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلى حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريض: _____
رقم الملف: _____
رقم الجوال: _____
التاريخ: _____
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: _____

Subject: Insurance Payment Agreement

I, Al Maha Al-Khalifa, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of 720 QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: Al Maha Al-Khalifa
File number: 039310
Mobile no.: 30834444
Date: 01-09-24

* Lab test only

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: Al Maha Al-Khalifa

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، المها محمد آل خليفة، الموقعة أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلى حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريضة: Al Maha
رقم الملف: 039310
رقم الجوال: 30834444
التاريخ: 03.05.24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

Al Maha التوقيع:

Subject: Insurance Payment Agreement

I, _____, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of _____ QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: _____

File number: _____

Mobile no.: _____

Date: _____

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: _____

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

Prescription

وصفة طبية

No

Date:

03 SEP 2024

Patient's name:

Al Maha Mohd.

التاريخ:

File No.:

039310

إسم المريض:

Age:

22 yr.

رقم الملف:

العمر:

PCO

Rx

Yasmin or Zohra coc

حبوب يوسمين أو زهرة
من حبوب الدورة الشهرية

Glucophage - Metformin tabs
500 mg

حبوب ميتفورمين / جلوكوفاج
٥٠٠ ملغ

Doctor's signature:

Leila

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: 03 AUG 2024 التاريخ:

Patient's name: Almaha Mohammed اسم المريض:

File No.: 039310 رقم الملف:

Age: 22 yrs Δ Pro العمر:

Rx

~~Lev~~ ~~ec~~
- Duphaston 10mg
10mg ١٠ ملجم
10mg ١٠ ملجم
10mg ١٠ ملجم

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523