



File No.: 038918

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

Name: Hamrah Mohd Alhajri Dr. on R Age: 40y/0
Occupation: employee Marital Status: 10yrs
ID. No: 28368200485 Husband's Name: Tareem Hammad Almarri
Address: Alwakra Mobile Phone: 70777665 Residence Phone: 414

SYMPTOMS:

want to conceive
- S-R 2 times / week
- last Abortion before Ramadan (4/12 ago)

Medical History: asthmatic on R P.H. G-sleeve 6yrs + GDM F.H. DM & HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11-12y L.N.M.P. 26/5/24 Am
Menstrual Habits: Regular Monthly for 4-5 days
Menstrual Symptoms: Normal Menopause:
Parity: P 1 Abortion 1 (complete) Ectopic LCB 2yrs

♀ 2 ♂ 2 - 1 die Congenital anomaly at 4yrs all NVD

EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 105.5 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Look, well not pale obese

Chest, C.V.S. / NAD

Abdomen: / NAD

Breasts: No examination

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. / menstruating

Bimanual Exam. /

Rectal Exam. /

Investigation Requested:

Diagnosis: want to conceive

Plan of Management: PSIT, LH

Next Appointment: C-T DIL

Name: Hamrah Mohd

File Number: 038918

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
6.6.24 104.6 120/80	26.5.24 9m D12		GB 5-7mm	small cyst 2mm core 22cm Next 6 period induction	leading follicle 11-8mm
30.6.24 105.2kg 120/80	22.6.24 PM D8	Tamoxifen 2x1x5 days	6mm	one leading leading follicle 10-6mm	no leading follicles
6-7-24 105.5 120/80	D14	femara 1x2x4 progyluton 1x3x3 1/2	6-4mm	leading follicle 11mm	Rupture follicle 15
30.7.24 106.8 120/80	21.7.24 PM D9	femara 1x2x5	GB FFCDSH	one big follicle 26x29 mm	3 follicles one small one med. one C.L

Notes: 30.7.2024 - Ovulation Test - Negative for D₂

South Wakra Health Center

Client: South Wakra Health Center
Address: South Wakra
Wakra,



Patient: **HAMRAH MOHAMMED S ALHAJRI**

Qatari ID: 28368200485
DOB/Age/Sex: 10/08/1983 40 years Female

Admitting: Physician Laboratory

HC Number: HC04256707
FIN: 0160386621
Admit: 30/04/2024
Disch: 30/04/2024
Location: SWK Laboratory

Chemistry

Blood Chemistry

Collected Date	30/04/2024		
Collected Time	11:04		
Test		Units	Reference Range
Urea	4.4 ^{*1}	mmol/L	[2.1-8.1]
Creatinine	73 ^{*1}	umol/L	[38-97]
eGFR	90 ^{†1}	mL/min/1.73m ²	
Cholesterol	6.01 ^{‡1}	mmol/L	
Triglyceride	1.23 ^{‡1}	mmol/L	
HDL	1.89 ^{‡1}	mmol/L	
LDL-Calc	3.57 ^{†1}	mmol/L	
HbA1C %	5.0 ^{~2}	%	[4.8-6.0]
Non HDL	4.1 ^{‡1}	mmol/L	

Result Comments

f1: LDL-Calc
Added by Rule - GL_ADD_LDL_PERFORMED

Interpretive Data

i1: eGFR
90 or higher: Normal, but if there is evidence of other damage, stage 1
60 – 90: Mild loss of function, Stage 2.
45 – 59: Mild to moderate loss of function, stage 3a
30 – 44: Moderate to a severe loss of function, stage 3b
15 – 29: severe loss of function, stage 4.
Less than 15: Kidney failure, Stage 5.

(For Afro-Caribbean, multiply results by 1.159.)
GFR may decrease in the elderly without kidney disease.

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

South Wakra Health CenterPatient: **HAMRAH MOHAMMED S ALHAJRI**

Qatari ID: 28368200485

DOB/Age/Sex: 10/08/1983 40 years

Female

HC Number: HC04256707

FIN: 0160386621

Chemistry**Blood Chemistry**

Interpretive Data

i1: eGFR

eGFR result is not valid for the following patients pregnant, acute renal failure, on dialysis, renal transplant, muscle loss, amputee or on creatinine supplementation

i2: Cholesterol

Desirable: < 5.2 mmol/L

Borderline - high: 5.2 - 6.2 mmol/L

High: > 6.2 mmol/L

i3: Triglyceride

Normal: < 1.7 mmol/L

Borderline: 1.7 - 2.2 mmol/L

High: 2.2 - 5.6 mmol/L

As per National Cholesterol Education Program (NCEP-ATP111 Guidelines)

i4: HDL

> 1.0 mmol/L

i5: LDL-Calc

Desirable: < 3.36 mmol/L

Border line: 3.36 - 4.11 mmol/L

High risk: > 4.12 mmol/L

i6: Non HDL

As per the 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention, the non-HDL-C secondary goals are:

Cardiovascular Risk	Non-HDL-C goal* (mmol/L)
Moderate	<3.4
High	<2.6
Very High	<2.2

*The non-HDL-C goal is 0.8 mmol/L above the corresponding LDL-C goal

Endocrinology

Collected Date	30/04/2024		
Collected Time	11:04		
Test		Units	Reference Range
Vit D	26 ^{i7 *2}	ng/mL	
TSH	1.20 ^{i8 *2}	mIU/L	[0.40-5.30]
Vit B12	111 ^{L *2}	pmol/L	[133-675]

LEGEND: c=Corrected, @=Abnormal, C=Critical, L=Low, H=High, f=Result Comment, i=Interp Data, *=Performing Lab

Report Request ID: 38543756

Page 2 of 6

Print Date/Time: 02/06/2024 19:51

South Wakra Health CenterPatient: **HAMRAH MOHAMMED S ALHAJRI**

Qatari ID: 28368200485

DOB/Age/Sex: 10/08/1983 40 years

Female

HC Number: HC04256707

FIN: 0160386621

Hematology**General Hematology**

Collected Date 30/04/2024		Collected Time 11:04	
Test	Units	Reference Range	
WBC			
RBC	6.3 ¹	x10 ³ /uL	[4.0-10.0]
Hgb	4.9 ^H	x10 ⁶ /uL	[3.8-4.8]
Hct	14.6 ¹	gm/dL	[12.0-15.0]
MCV	43.1 ¹	%	[36.0-46.0]
MCH	87.7 ¹	fL	[83.0-101.0]
MCHC	29.7 ¹	pg	[27.0-32.0]
RDW-CV	33.9 ¹	gm/dL	[31.5-34.5]
Platelet	15.2 ^H	%	[11.6-14.5]
MPV	277 ¹	x10 ³ /uL	[150-400]
Absolute Neutrophil count Auto# (ANC)	7.8 ¹	fL	[7.4-10.4]
Lymphocyte Auto #	3.50 ¹	x10 ³ /uL	[2.00-7.00]
Monocyte Auto #	1.90 ¹	x10 ³ /uL	[1.00-3.00]
Eosinophil Auto #	.50 ¹	x10 ³ /uL	[0.20-1.00]
Basophil Auto #	.30 ¹	x10 ³ /uL	[0.00-0.50]
Neutrophil Auto %	.00 ^L	x10 ³ /uL	[0.02-0.10]
Lymphocyte Auto %	56.0 ¹	%	
Monocyte Auto %	30.8 ¹	%	
Eosinophil Auto %	8.0 ¹	%	
Basophil Auto %	5.1 ¹	%	
	0.1 ¹	%	

Performing Locations

*1: This test was performed at:
SWK Lab, 974 40275765**Stool Examination****Stool Analysis**

Collected Date 05/05/2024		Collected Time 09:42	
Test	Units	Reference Range	
Stool Appearance	Normal Stool ¹		
Color Stool	Brown ¹		
Stool WBC	Nil ¹		
Stool RBC	Nil ¹		
Stool Yeast Cells	Yeast Present ¹		

LEGEND: c=Corrected, @=Abnormal, C=Critical, L=Low, H=High, f=Result Comment, i=Interp Data, *=Performing Lab

Report Request ID: 38543756

Page 4 of 6

Print Date/Time: 02/06/2024 19:51



مختبرات دلتا العالمية د.م.م

DELTA INTERNATIONAL LABORATORIES W.L.L

Quality • Safety • Privacy

ENDOCRINOLOGY

Name : HAMRAH MOHD
Sex/Age : F/ 40 y / 4 m / 26 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr Ebtesam Abdullah
Ref. By Clinic : DRLEILAMC

Lab No : 29507
DL No : 21916
Entrance Tm: 27-MAY-2024 14:52:47
Exit Date : 27-MAY-2024 18:07:38
Ext. Ref. Num.: 038918

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
FSH	10.06	mIU/ml	Follicular phase : 3.4 - 12.4 Ovulation phase : 4.5 - 21.3 Luteal phase: 1.6 - 7.5 Postmenopausal stage: 25.5 - 134.5
High FSH levels in women may be present: -During or after menopause, including premature menopause -When receiving hormone therapy -Due to certain types of tumor in the pituitary gland -Due to Turner syndrome Low FSH levels in women may be present due to: -Being very underweight or having had recent rapid weight loss -Not producing eggs (not ovulating) -Parts of the brain (the pituitary gland or hypothalamus) not producing normal amounts of some or all of its hormones -Pregnancy			
LH	4.38	IU/L	Follicular phase: 2.4 - 12.7 Ovulation phase: 14.2 - 95.7 Luteal phase: 1.0 - 11.5 Postmenopausal phase: 7.9 - 58.8
In women, a higher than normal level of LH is seen: -When women of childbearing age are not ovulating -When there is an imbalance of female sex hormones (such as with polycystic ovary syndrome) -During or after menopause -Turner syndrome (rare genetic condition in which a female does not have the usual pair of 2 X chromosomes) -When the ovaries produce little or no hormones (ovarian hypofunction) A lower than normal level of LH may be due to the pituitary gland not making enough hormone (hypopituitarism).			

Pathologist Name. Dr .Swaroop, Anatomical and Clinical Pathologist

Dr Swaroop



Delta Intl. Labs-Qatar
مختبرات دلتا العالمية قطر
License No-4324 DOHA - QATAR

Tel: +974 40064466 - Mob: +974 70644466 - P.O.Box: 214170, Al Sadd, Doha - Qatar
تلفون: +974 40064466 - جوال: +974 70644466 - ص.ب: 214170، الدوحة - قطر

E.mail : info@deltalabsqatar.com

Website : www.deltalabsqatar.com



Date 26 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name محمد سعيد الهاجري الإسم الكامل

Date of Birth 30/03/2004 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation وزارة الصحة المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70777665 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55007088 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 16 Zone No. 91 Street No. 1319 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 محمد سعيد الهاجري التوقيع

File Number 038918

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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.

تلقاها

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

اسم المريض / المريضة: حمزة محمد

التاريخ: 30-7-2024

ملف رقم: 038918

التوقيع: د. ليلى حامد

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



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: حمزة محمد الهاجري

التاريخ: 26-5-24

ملف رقم: 038918

التوقيع: حمزة محمد الهاجري



