



File No.: 039118

Nationality: INDO

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039118
Name: JUBEDAH BT CARLIKADIS
QID No: 28336003359 Sex: Female
Mob: 70911212 ADDRESS: MAEZER



Ali Kadis

Age: 35 yrs

Marital Status: 6 yrs

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Heavy Period / year but now
improving (10 days - now 4-5 days). moderate
amount. Primary infertility 6 X-5

Medical History: medically Free

P.H. ? D&C

F.H. NA son

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 X-5

L.N.M.P 17-6-24

Menstrual Habits:

Regular every month - 5 days

Menstrual Symptoms:

NA son

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 143 cm Wt. 79.4 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

well - Pale

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NA nontender - Fatty abdomen

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

TA & TVS 3- Bulky AVE uterus & multiple
uterine fibroids largest one posterior wall intramural
6 X 4 cm - one anterior wall 2.2 X 2-4 + small cervical
Diagnosis: ET 9-9 mm - Rt FOLLICULAR CYST 19 X 20 mm - mult Lt
Ovary - NO FOLLICLES
multiple uterine fibroids 1° infertility

Plan of Management:

If symptomatic in planning pregnancy
for myomectomy

Next Appointment:



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

HEMATOLOGY

61095

Name : JUBEDAH CARLIKADIS
Sex/Age : F/ 35 y / 0 m / 21 d
Nationality : Indonesia
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 222376
AL No : 61095
Entrance Tm: 29-JUN-2024 17:09:27
Exit Date : 29-JUN-2024 19:19:35
Ext. Ref. Num.: 039118

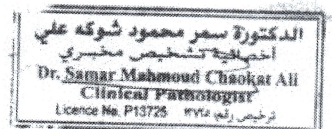
TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
COMPLETE BLOOD COUNT (CBC)			
White Blood Cell Count (WBC)	8.80	K/uL	4.0 - 11.0
Red Blood Cell Count (RBC)	5.13	M/uL	3.8 - 5.4
Haemoglobin (Hb)	14.08	g/dl	12.0 - 15.0
Haematocrit (HCT)	43.30	%	35-45
Mean Corpuscular Volume (MCV)	85.00	FL	78 - 96
Mean Corpuscular Hb (MCH)	27.46	pg	27 - 34
Mean Corp. Hb Concent. (MCHC)	32.48	g/dL	30 - 36
RBC size Distribution Width (RDW)	16.50 H	%	10 - 15
Platelet Count	82.00 L	K/uL	150-450
DIFFERENTIAL WBC COUNT			
Neutrophils	70.70	%	37-65
Lymphocytes	16.40	%	20-40
Monocytes	5.50	%	2-10
Eosinophils	6.60	%	1-6
Basophils	0.80	%	0-2

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



Date 29/6/2014

New Patient Registration Form

Full Name Jubaedah carli kadi's الإسم الكامل

Date of Birth 13 me تاريخ الميلاد

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

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

Occupation عاملة منزل المهنة

I.D Number 28336003359 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70911212 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) / حدد الطريقة التي تفضلها

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

Signature التوقيع

File Number 039118



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.

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

JUDEAH DT 1445

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 29-6-2024

ملف رقم: 039118

التوقيع:



Handwritten signature

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28336003359 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 13/05/1983 تاريخ الميلاد:
Expiry: 12/10/2024 الصلاحية:
Nationality: INDONESIA الجنسية:
Occupation: مديرة منزل المهنة:



الاسم: جوبيد كاديس

Name: JUBEDAH BT CARLI KADIS

Passport Number: E0264498
Passport Expiry: 29/08/2027
Serial No: 30328336003359
Residency Type: عمل
Employer: خالد حمد خالد الهاجري
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

JUBAEDAH

