



File No.:

039458

Nationality:

SYR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039458

Name: KHATTAR MAMDOUH ALSAAD

QID No: 27376000070

Sex: Female

Mob: 55049770

ADDRESS: RAYYAN

Age:

51 yrs

Marital Status:

30 yrs

Husband's Name:

Hameed Asaad Shageef

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

missed Period 13 months - became
regular - very stress full Family circumstances
NO hot flashes

Medical History:

medically Free

P.H.:

2 CLS

- Abdominoplasty

F.H.:

DM & HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P.

30-5-2024

Menstrual Habits:

Regular cycle till April 2024 - 4 days

Menstrual Symptoms:

NA symptom

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB

20 Y-D

♀

3

♂

3

= single NVA
with CLS
triple CLS**EXAMINATION**

General Examination: Ht.

156 cm

Wt.

93.6

Kg BMI

Kg/m²

Bp

120/80

mm Hg

Depressed - obese

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

- very tight Perineal Repair
- Normal Vagina - Vaginal Dryness
- remnant of vaginal pessary
No abnormal Vaginal discharge

Investigation Requested:

TUS 2- AVE uterus - Bulky & thin endometrium
2 @ Fibroids. Looks intramural ① small anterior
wall, one posterior wall 2.7 X 3.0 cm - Lt ovarian cyst
② difficult to see, Rt Epididymal cyst 1.8 X 1.5 cm

Diagnosis:

Perimenopausal oligomenorrhea.

Plan of Management:

FSH - LH - Progesterone

Next Appointment:



مختبرات دلتا العالمية د.م.م

DELTA INTERNATIONAL LABORATORIES W.L.L

Quality • Safety • Privacy

ENDOCRINOLOGY

Name : KHATTAR MAMDOUH
Sex/Age : F/ 51 y/ 7 m / 26 d
Nationality : Syria
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DRLEILAMC

Lab No : 34451
DL No : 25034
Entrance Tm: 27-AUG-2024 14:00:30
Exit Date : 27-AUG-2024 15:05:34
Ext. Ref. Num.: 039458

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
FSH	5.16	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	3.99	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).			
Prolactin	19.18	ng/ml	4.81-23.4
Following conditions may have high prolactin levels: -Chest wall injury or irritation -Presence of nipple rings -Disease of an area of the brain called the hypothalamus -Thyroid gland does not make enough thyroid hormone (hypothyroidism) -Kidney disease -Pituitary tumor that makes prolactin (prolactinoma) -Other pituitary tumors and diseases in the area of the pituitary -Abnormal clearance of prolactin molecules (macroprolactin) -Certain medications			

Pathologist Name. Dr .Swaroop, Anatomical and Clinical Pathologist

Dr Swaroop



Tel: +974 40064466 - Mob: +974 70644466 - P.O.Box: 214170, Al Sadd, Doha - Qatar



E.mail : info@deltalabsqatar.com

Website : www.deltalabsqatar.com





مختبرات دلتا العالمية د.م.م
DELTA INTERNATIONAL LABORATORIES W.L.L
Quality • Safety • Privacy

ENDOCRINOLOGY

Name : KHATTAR MAMDOUH
Sex/Age : F/ 51 y/ 7 m / 26 d
Nationality : Syria
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DRLEILAMC

Lab.No : 34451
DL No : 25034
Entrance Tm: 27-AUG-2024 14:00:30
Exit Date : 27-AUG-2024 15:05:34
Ext. Ref. Num.: 039458

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
The following can temporarily increase prolactin levels: -Emotional or physical stress (occasionally) -High-protein meals -Intense breast stimulation -Recent breast exam -Intense exercise			

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
هاتف: +974 40064466 - جوال: +974 70644466 - ص.ب: 214170، الدوحة - قطر



E.mail : info@deltalabsqatar.com

Website : www.deltalabsqatar.com



Date 27 / 8 / 20

New Patient Registration Form

Full Name الاسم 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 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 039458

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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 إجراء 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: حضره السحر

التاريخ: ٨/٢٧ أغسطس ٢٠١٤

ملف رقم: ٥٣٩٤٥٨

التوقيع :



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27376000070
D.O.B.: 03/11/1973
Expiry: 01/09/2025

الرقم الشخصي:

تاريخ الميلاد:

الصلاحية:

الجنسية:

Nationality: SYRIA

Occupation: ربة منزل

المهنة:

الاسم: خطر ممدوح السعد



Name: KHATAR MAMDOUH ALSAED