



File No.: 039701

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039701
Name: MABKHOTA ALI ALYARBOEY
QID No: 29663405152 Sex: Female
Mob: 33710778 ADDRESS: ALMERADH

Age: 26 yrs

Marital Status: 15 months

band's Name: Mabkhout Ali Almarri

bile Phone:

Residence Phone: - 26 yrs

SYMPTOMS:

abnormal period in the last 3 months - 26 yrs
as it started as brownish vag. discharge for 3 days
then normal flow. 3 days ago it started like this
came to check.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. F(OM)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs

Menstrual Habits: regular

Menstrual Symptoms: last for 6 days every month.

Parity: P 0

Abortion 0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 63.4 Kg BMI 25.4 Bp 120/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD

Breasts: well developed.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

abd. ult = A/v normal size uterus, thick
endo. 25-3 mm. Ovaries looks normal - no cyst
+ FFCDs.

Diagnosis:

A early pregnancy bleeding for investigations

Plan of Management:

For Quantitative S-β hCG & after 48 hrs.

Next Appointment:

TEST RESULT REPORT

Patient Name : MS. MABKOUTA ALI
Age/Gender : 26 Y/Female
Sample Collected : Clinic
Ref By Clinic : Dr. Leila H Medical Center
Ref By Doctor : Selma Babiker Ahmed

Accession No : 140138133
Patient UID : MHLQC126351
Entrance Date : 01-10-2024 16:59
Exit Date : 01-10-2024 19:09
Ext.Ref.Num : 039701



Scan The QRCode To
Retrieve the Report

ENDOCRINOLOGY

TEST NAME	RESULT	REFERENCE RANGE	UNIT	METHOD
BETA HCG	534.11	Non pregnant ladies < 5.00	mIU/ml	CMIA

Pregnant Ladies:

Weeks	Mean	Limits
04 - 05	7,400	1,500 - 23,000
05 - 06	32,800	3,400 - 135,300
06 - 07	52,000	10,500 - 161,000
07 - 08	74,000	18,000 - 209,000
08 - 09	100,000	37,500 - 219,000
09 - 10	105,000	42,800 - 218,000
10 - 11	96,000	33,700 - 218,700
11 - 12	75,300	21,800 - 193,200
12 - 13	66,700	20,300 - 166,100
13 - 14	65,900	15,400 - 190,000
2nd Tri	26,150	2,800 - 176,100
3rd Tri	27,200	2,800 - 144,400

Primary Sample Type : SERUM

----- End of Report -----

Printed On : 01-10-2024 19:18 Page 1 of 1

Disclaimer: All test results reported by us is performed using the internationally accredited testing equipment and standard procedures. All data and test results presented in the reported documents is the characteristics of the sample we have received and were analyzed and/or calculated at the specific point of time. Please correlate clinically before reaching to final conclusion. Report may vary depend on the technology. Value of two technologies are not comparable.

[Signature]

Aboobaker Palattil
(MOPH LS: A17176)

Laboratory Technologist

[Signature]

Dr. Somaia Mohamed Abd El Monem Ramdan

(MOPH: LS:P496)

Laboratory Medicine,
Anatomical&Clinical Pathology



Date 1 / 10 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name صيفونية علي الكري الاسم الكامل

Date of Birth 1991 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 29663405152 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33440668 رقم الجوال

Emergency Contact Person أمينة أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 00977785 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 034701

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: مجنونة علي الحري

التاريخ: 1/15/24

ملف رقم: 039701

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29663405152

الرقم:

D.O.B. 03/11/1996

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

11/09/2027

الصلاحية:



الاسم: مبخوته على محمد الشنجل اليربوعى

Name: MABKOUTA ALI M S AL-YARBOEY

منطقة 55 - شارع 1058 - مبنى 3

العنوان:

Serial No:

53582615140C32DF

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

