

- 2nd marriage for him
no kid



File No.: 039780

Nationality: Emirati

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039780
Name: MUNA MUBARAK ALMANSORI
QID No: 29478400049 Sex: Female
Mob: 33792905 ADDRESS: DOKHAN

Age: 30 y.o

Marital Status:

3 months
Saif Khamis Hamdan Almansori

Residence Phone:

31 7 25

SYMPTOMS:

Came to check if she is virgin or not, as her husband has impotence. & refused treatment. & she wants to conceive. she has symptoms of PCO.

Medical History: medically free P.H. gastric sleeve 2015. DM & HTN (CF & M).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs L.N.M.P 15.09.24
Menstrual Habits: irregular last for 6-7 days.
Menstrual Symptoms: lass & dysmenorrhea Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 82.6 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg
obese. & PCO features. not pale.

Chest, C.V.S. M.A.D.

Abdomen: obese - soft.

Breasts: looks normal. no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION: normal vulva. no hymen.

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

D₂ FSH & LH

D₁₂ folliculometry.

Diagnosis: Δ want's to conceive + ♂ sex-issue.

Plan of Management:

husband referred to Dr. Adil, D₂ FSH & LH requested. for US folliculometry D₁₂

Next Appointment:

Test Results

Patient Name : Muna Mubarak Khamis Almansoori

Episode # : 0005369161

Patient ID # : 00781096

Age / Sex : 30 Y - Female

Location : Dukhan - Main Clinic

D.O.B : 05/03/1994

Clinician : Mohammed Amin Mk

Result	Unit	Reference Range	Lab Episode	Collected
--------	------	-----------------	-------------	-----------

Biochemistry

Free T4

Free T4

12.7

pmol/L

9.8-18.0

243003386

18/09/2024

Prolactin

Prolactin

465

mIU/L

109-557

243003386

18/09/2024

Comment

Test done @ HGH Laboratory.
Accession no:25-24-262-00350.

Thyroid Stimulating Hormone(TSH)

Thyroid Stimulating
Hormone(TSH)

2.75

mIU/L

0.40-4.00

243003386

18/09/2024

Comment

Reference Ranges (During Pregnancy ONLY):
1st Trimester: 0.1-4.0 mIU/L
2nd Trimester: 0.2-4.0 mIU/L
3rd Trimester: 0.3-4.0 mIU/L

[R1]

Serology

Anti HIV Antibodies

HIV Ag/Ab combination assay
(4th Gen)

Negative

Comment

HIV Ag/Ab combination assay (4th Gen)
*From 2018

[VER]

243003386

18/09/2024

HCV-Ab(3rd generation screening test)

HCV-Antibodies

Negative

S/CO

243003386

18/09/2024

Hepatitis B Surface Antigen

Hepatitis B Surface Antigen

Negative

S/CO

243003386

18/09/2024

Rapid Plasma Reagin

Rapid Plasma Reagin

Non Reactive

-

243003386

18/09/2024



Date 13 / 10 / 24

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 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 039780

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: منى صبارت اسم المصور

التاريخ: 13/ 10/ 2024

ملف رقم: 039780

التوقيع: 

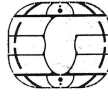


٨٢/٨٠

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29478400049

الرقم:

D.O.B. 05/03/1994

تاريخ الميلاد:

Nationality:

U.A.E.

/

اماراتية

الجنسية:

Date of expiry:

30/09/2029

الصلاحية:



الإسم: منى مبارك سالم خميس المنصوري

Name: MUNA MUBARAK S KH ALMANSOORI

منطقة 72 - شارع 6666 - مبنى 43

العنوان:

111012055A1AA127

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

