



File No.: 039314

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039314
Name: NAJLA MOHAMED ALNOOR
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 72010538 ADDRESS: ALGHARAFA



Age: 23 yrs

Marital Status: 3 mths

Name: Mohd. Altaib Abdulla
36 years, Medically free, smoker
Residence Phone:

SYMPTOMS:

- delayed period 12 months, lower abdominal pain (left),
no urinary symptoms, no abnormal vaginal discharge, also there
is breast pain 1 wk, Regular S-R = 2-4 / wk.

P.T -ve 3 wks ago
Medical History: ?? PCOS

P.H. Non

P.C.O. (Sister)
F.H. DM (F)
HTN (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 years.

L.N.M.P 30-5-24

Menstrual Habits: was regular, monthly, lasting 5 days.

Menstrual Symptoms: Mild pain.

Menopause:

Parity: P 0 Abortion 0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 67 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

G.C. - good, not look unwell, conjunctiva not pale

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: NAD. - No masses, No tenderness or rigidity
Norm. Fine lines of color

Breasts: no galactorrhea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. tight vagina 4 introitus, color of fundus

Bimanual Exam. adnexa free, external -ve

Rectal Exam.

Investigation Requested: AVE ut & GA endomet 15mm G/S like structures
in upper part RAISD = 5 f wk, ? small fetal pole seen
No FH could be recorded Rt. alt ovaries N/S No chn

Diagnosis:

Delayed Toid to RLO pregn.

Plan of Management:

PhCG

Next Appointment:

PhCG 5876 mIU/l



مختبرات دلتا العالمية د.م.م

DELTA INTERNATIONAL LABORATORIES W.L.L

Quality • Safety • Privacy

ENDOCRINOLOGY

Name : NAJLAA MOHAMED ALNOOR
Sex/Age : F/ 23 y/ 7 m / 3 d
Nationality : Sudan
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr Leila
Ref. By Clinic : DRLEILAMC

Lab No : 33297
DL No : 24267
Entrance Tm: 04-AUG-2024 12:35:46
Exit Date : 04-AUG-2024 13:08:07
Ext. Ref. Num.: 039314

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
Beta HCG, serum Quantitative	5876	mIU/ml	Non pregnant : < 5.3 Pregnancy: 3 weeks: 5.8 - 71.2 4 weeks : 9.5 - 750 5 weeks: 217 - 7138 6 weeks: 158 - 31795 7 weeks: 3697 - 163563 8 weeks: 32065 - 149571 9 weeks : 63803 - 151410 10 weeks: 46509 - 186977 12 weeks: 27832 - 210612 14 weeks: 13950 - 62530 15 weeks: 12039 - 70971 16 weeks: 9040 - 56451 17 weeks: 8175 - 55868 18 weeks: 8099 - 58176
The result to be correlated with other clinical findings (date of LMP, result of pelvic exam, etc). Higher than normal level may indicate: -More than one fetus, for example, twins or triplets -Choriocarcinoma of the uterus -Hydatidiform mole of the uterus -Ovarian cancer -Testicular cancer (in men) During pregnancy, lower than normal levels based on the gestational age may indicate: -Fetal death -Incomplete miscarriage -Threatened spontaneous abortion (miscarriage) -Ectopic pregnancy			

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



E.mail : info@deltalabsqatar.com

Website : www.deltalabsqatar.com





Date 04 / 08 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name د. علاء محمد النور موسى عبد الوافه الإسم الكامل

Date of Birth 02-05-2000 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number P11275797 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 50325836 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 72010538 رقم الجوال

Emergency Contact Person 74480206 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) / تفضلها

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

Signature د. علاء التوقيع

File Number 039314

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: ليلى محمد النور موسى عبد الوافق

التاريخ: 04 - 08 - 2024

ملف رقم: 039B/4

التوقيع:

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

