



File No.: 038976

Nationality: SIR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038976
Name: SHAGILA JASSIM
QID No: 27814409889 Sex: Female
Mob: 77182337 ADDRESS: RAYYAN



Age: 45 yrs

Marital Status: 30 yrs

band's Name:

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Prolonged period since 25/4/24
First episode - Language Barrier

Medical History:

medically Free

P.H.

NA significant

F.H.

NA significant

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 Y-5

L.N.M.P

25-4-24

Menstrual Habits:

Regular every 30 days

3-4 days

Menstrual Symptoms:

NA significant

Menopause:

Parity:

P

3

Abortion

0

Ectopic

LCB

16 Y=

♀

1

♂

2

EXAMINATION

General Examination: Ht

163

cm

Wt.

63.5

Kg BMI

Kg/m² Bp

120/80

mm Hg

pale

co-dependent

Chest, C.V.S.

NAD except for Lt lower costal edge
swelling - not tender advised to see surgeon

Abdomen:

NAD - No pelvic abdominal masses

Breasts:

NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Normal vulva - vagina & CX
minimal PIV bleeding.

Investigation Requested:

CBC
Request

TVS 2-

RvF uterus 2+ thickened endometrium
10-6mm - Normal Rt ovary - Lt ovary
FALBular cyst 3-3 x 3 cm - NO FFCS

Diagnosis:

menorrhagia (HMB) For work up

Plan of Management:

can't offer endometrial sampling so
Progestogens & Rescan D4

Next Appointment:

Dr. Leila Hamid Medical Center



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

HEMATOLOGY

60547

Name : SHAQILA JASSIM
Sex/Age : F/ 45 y/ 3 m / 21 d
Nationality : Saudi Arabia
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 220579
AL No : 60547
Entrance Tm: 03-JUN-2024 14:53:48
Exit Date : 03-JUN-2024 15:07:49
Ext. Ref. Num.: 038976

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
COMPLETE BLOOD COUNT (CBC)			
White Blood Cell Count (WBC)	7.90	K/uL	4.0 - 11.0
Red Blood Cell Count (RBC)	3.98	M/uL	3.8 - 5.4
Haemoglobin (Hb)	10.72 L	g/dl	12.0 - 15.0
Haematocrit (HCT)	34.60 L	%	35-45
Mean Corpuscular Volume (MCV)	87.00	FL	78 - 96
Mean Corpuscular Hb (MCH)	27.00	pg	27 - 34
Mean Corp. Hb Concent. (MCHC)	30.95	g/dL	30 - 36
RBC size Distribution Width (RDW)	17.50 H	%	10 - 15
Platelet Count	345.00	K/uL	150-450
DIFFERENTIAL WBC COUNT			
Neutrophils	58.90	%	37-65
Lymphocytes	30.50	%	20-40
Monocytes	6.80	%	2-10
Eosinophils	3.10	%	1-6
Basophils	0.70	%	0-2

Lab Tech Name. : KRIZTHEL

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 2 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name SAEELA الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة عائلة

I.D Number 278 144 09889 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 7718 2337 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

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 [Signature] التوقيع

File Number 038976

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 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: SAEEL A

التاريخ: ٢٠١٤ / ٦ / ٢٤

ملف رقم: 038976

التوقيع:

SAEEL A



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27814409889 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/10/1978 تاريخ الميلاد:
Expiry: 13/03/2025 الصلاحية:
Nationality: SRILANKA الجنسية:
Occupation: خادم المهنة:



الاسم: شاجيلا جاسيم

Name: SHAGILA UMMA MOHAMED CASSIM

Passport Number:

N5686214

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

24/10/2023

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

31127814409889

الرقم الممثل:

Residency Type:

عمل

نوع الرخصة:

Employer:

منصور عبدالله عبيد شرطب الدهيمي

المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

MSB 011





HEMATOLOGY



Name : SHAQILA JASSIM
Sex/Age : F/ 45 y / 3 m / 21 d
Nationality : Saudi Arabia
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 220579
AL No : 60547
Entrance Tm: 03-JUN-2024 14:53:48
Exit Date : 03-JUN-2024 15:07:49
Ext. Ref. Num.: 038976

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
COMPLETE BLOOD COUNT (CBC)			
White Blood Cell Count (WBC)	7.90	K/uL	4.0 - 11.0
Red Blood Cell Count (RBC)	3.98	M/uL	3.8 - 5.4
Haemoglobin (Hb)	10.72 L	g/dl	12.0 - 15.0
Haematocrit (HCT)	34.60 L	%	35-45
Mean Corpuscular Volume (MCV)	87.00	FL	78 - 96
Mean Corpuscular Hb (MCH)	27.00	pg	27 - 34
Mean Corp. Hb Concent. (MCHC)	30.95	g/dL	30 - 36
RBC size Distribution Width (RDW)	17.50 H	%	10 - 15
Platelet Count	345.00	K/uL	150-450
DIFFERENTIAL WBC COUNT			
Neutrophils	58.90	%	37-65
Lymphocytes	30.50	%	20-40
Monocytes	6.80	%	2-10
Eosinophils	3.10	%	1-6
Basophils	0.70	%	0-2

Lab Tech Name. : KRIZTHEL



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L.

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم : ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 02 JUN 2024 التاريخ:

Patient's name: Shagha Jassim اسم المريض:

File No.: 038976 رقم الملف:

Age: 45 yrs / Prn - gk / R. 1 العمر:

Rx

Prn - lute N + tabs

3-6 حبة 2 مرة في اليوم

ف

Doctor's signature: [Signature]

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523