



File No.: 039471

Nationality: QAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039471
Name: SHAMSA ZAYED ALHAJRI
QID No: 27263401842 Sex: Female
Mob: 55864222 ADDRESS: ALRAYAN



Age: 57/10

Marital Status: 30 yrs

's Name:

hone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

clt Breast pain → 4 day

Medical History: on Hypoxin 50 X 5 / P.H. 7-8 yrs 100mg X 2 day

F.H. -

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 10 yrs

Menstrual Habits: Regular Monthly For 6-7 day

Menstrual Symptoms: Normal

Parity: P 5

Abortion 2

Ectopic

Menopause:

LCB

17%

♀

2

♂

3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 156 cm Wt. 80.5 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

lt Breast pain o/e swelling
for uls + Mammogram

7 day

GULF LABORATORY & RADIOLOGYLaboratory Tests | CT Scan | MRI | Ultrasound | X-Ray
Laboratory complies with external Q. C. program (EQAS - USA & RIQAS - UK)**مختبر الأشعة الخليج**تعاليل طبية | الأشعة المقطعية | الرنين المغناطيسي | موجات صوتية | أشعة
المختبر يطبق معايير الجودة الدولية الأمريكية والبريطانية**REPORT****Patient Name** : SHAMSA ZAYED R K AL-HAJRI**Gender/Age** : F / 52 Y / 2 M / 25 D**File No.** : 67531 / 1039471**Site** : Al Mamoura**Nationality** : Qatari**Visit Number** : ALM216033**ID No.** : 27263401842**Accession No** : 140727**Exam Name** : BREAST ULTRASOUND**Exam Date** : 29/08/2024 5:32PM**Referred By** : Dr. Ebetsam Abdellah
Abdellah(P6685)**Finalized By** : HALA ALKHOURI LIC No
P12409(HALKHOURI)**ULTRASONOGRAPHY OF BOTH BREASTS REPORT :**

- Comparison: none
- Indication:left breast pain

FINDINGS:

- **Right breast:**
shows normal appearance of the fatty and fibroglandular components with no evidence of focal cystic or solid mass lesion within its parenchyma. No evidence of pathological calcifications.
- **Left breast:**
shows normal appearance of the fatty and fibroglandular components with evidence of partial circumscribed hypoechoic lesion measuring in longitudinal axis about 10 x 5 mm showed few coarse calcifications within with posterior shadowing, seen at the line of 5 o'clock position suggesting involuted fibroadenoma. . And small hypoechoic oval lesion seen at 8-9 o'clock position measuring 3.8x2.6mm suggesting fibroadenoma . And small cyst seen at 2 o'clock measuring 2.5x2.2mm.
- Normal axillary tails.
- Normal skin and subcutaneous region.
- Bilateral axillary few nonspecific lymph nodes .

Impression:

- **Left breast :hypoechoic mass with coarse calcifications suggesting involuted fibroadenoma and small hypoechoic lesion suggesting small fibroadenoma.with small simple cyst as mentioned above .**
- The rest findings are unremarkable.
- **BIRADS 2,,,for routine follow up.**

AL Kinana St. - Al Nasr

Tel.: +974 4442 0900

Fax.: +974 4442 1900



شارع الكنانه - النصر

هاتف: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ١٩٠٠

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ٠٩٠٠

Al Maadeed St. - Al Mamoura

Tel.: +974 4416 0222

Fax: +974 4416 0333



شارع المعاضيد - المعمورة

هاتف: +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٢٢٢

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٣٣٣

Al Aziziya- Al Waab St.

Tel.: +974 4450 0074

Fax: +974 4460 3040



شارع الوعب، العزيزية

+٩٧٤ ٤٤٥٠ ٠٠٧٤

+٩٧٤ ٤٤٦٠ ٣٠٤٠



REPORT

Patient Name : SHAMSA ZAYED R K AL-
HAJRI

Gender/Age : F / 52 Y / 2 M / 25 D

File No. : 67531

Site : Al Mamoura

Nationality : Qatari

Visit Number : ALM216033

ID No. : 27263401842

Accession No : 140727

Exam Name : BREAST ULTRASOUND

Exam Date : 29/08/2024 5:32PM

Referred By : Dr. Ebetsam Abdellah

Finalized By : HALA ALKHOURI LIC No

Abdellah(P6685)

P12409(HALKHOURI)

Classification:

- BI-RADS 0: incomplete, need additional imaging evaluation.
- BI-RADS 1: negative. ...
- BI-RADS 2: benign. ...
- BI-RADS 3: probably benign. ...
- BI-RADS 4: suspicious for malignancy. ...
- BI-RADS 5: highly suggestive of malignancy. ...
- BI-RADS 6: known biopsy-proven malignancy.

Prepared by: HALA ALKHOURI LIC No P12409 (Radiologist), 29-Aug-2024 18:51

Approved by: HALA ALKHOURI LIC No P12409 (Radiologist), 29-Aug-2024 21:29

Dr. Hala Ibrahim Al Khouri
Specialist
Diagnostic Radiology
License No.P12409

The report is electronically verified.

*****End Of Report*****

AL Kinana St. - Al Nasr

Tel.: +974 4442 0900

Fax.: +974 4442 1900



شارع الكنانة - النصر
هاتف: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ١٩٠٠
الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ٠٩٠٠

Al Maadeed St. - Al Mamoura

Tel.: +974 4416 0222

Fax: +974 4416 0333



شارع المعاضيد - المعمورة
هاتف: +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٢٢٢
الفاكس: +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٣٣٣

Al Aziziya- Al Waab St.

Tel.: +974 4450 0074

Fax: +974 4460 3040



شارع الوعب، العزيزية

+٩٧٤ ٤٤٥٠ ٠٠٧٤

+٩٧٤ ٤٤٦٠ ٣٠٤٠



Date 28 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الإسم 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

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ 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 039471

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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: د. عيسى زايد الراجري

التاريخ: ٢٨ / ٨ / ٢٠٢٢

ملف رقم: ٥٣٩٤٧١

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27263401842

الرقم:

D.O.B. 06/06/1972

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

18/08/2029

الصلاحية:



الإسم: شمسه زايد راشد الخيارين الهاجري

Name: SHAMSA ZAYED R K AL-HAJRI

منطقة 51 - شارع 122 - مبنى 20

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

