- 2nd marriage for her
- first marriage for him

File No.: 039029 Nationality: JOR

GYNAECOLOGICAL SHEET

Name: Suad Fahmi Mohamar Khirwat Naseraldeen Age: 43 yrs
Occupation: Employee. Marital Status: 6 yrs
ID. No: 28140000994 Husband's Name: Mohammed Najm
Address: Madina Khalifa. Mobile Phone: 55030754 Residence Phone:

SYMPTOMS:

irregular period / 2½ months heavy & clots, in April continued for 2 wks, heavy following primulot N tabs which she took to delay period. & she wants to conceive her husband will come to Qatar on July.

Medical History: medically free P.H. cholecystectomy F.H. DM & HTN (F & M).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 yrs L.N.M.P 8-6-24
Menstrual Habits: regular - last for 6 days. every month.
Menstrual Symptoms: mild dysmenorrhoea Menopause:
Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 15 yrs -
Both NVD, alw

♀ 2 ♂ 0

EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 58.7 Kg BMI Kg/m² Bp 130/90 mm Hg
slim, looks her age - cooperative, not pale

Chest, C.V.S.
NAD

Abdomen: soft & ♂ hair destribution

Breasts: under developed - no glactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Cx & multiple patulous ext os, internal closed
Bimanual Exam. considerable bleeding, vagina normal
Rectal Exam.

Investigation Requested:
Brought result of US which showed R/V normal size uterus & submucosal fibroid 1.4 x 1.0 cm, ET 1.3 mm cx normal - both ovaries are normal - no cyst or mass or FFCDs.

Diagnosis: Menometrorrhagia, & Poly INF

Plan of Management: observation for 3 days.
NOT Now

Next Appointment:

DATE	FOLLOW UP	NEXT VISIT

Name: Suad Fahmi File Number: 039029

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
20.6.24 58.5kg 120/70	8.6.24 D13	—	GA 9-4mm adenomyosis	one Ruptured follicle 13mm endometrial polyp 11mm	No leading follicle FFCD ++ D2
15.7.24 59.1kg 120/80	6.7.24 AM D10	—	GA 12mm fibroid Figo 2	one follicle Ruptured 16mm. FFCDS	2 medium follicles 8mm

Notes:

Madinat Khalifa Health Center

مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

Client: Madinat Khalifa Health Center
Address: Al Najda Street
District: 32
Doha, Doha

Patient: **SUAD FAHMI MOHD OMAR NASERALDEN**

Qatari ID: 28140000994
DOB/Age/Sex: 12/03/1981 43 years Female
Admitting:
Attending: Physician Laboratory

HC Number: HC01026513
FIN: 0161939310
Admit: 09/06/2024
Disch: 09/06/2024
Location: MKH Laboratory

Chemistry

Endocrinology

Collected Date 09/06/2024
Collected Time 11:30

Test		Units	Reference Range
AMH	14.00 i1 *1	pmol/L	

Interpretive Data
i1: AMH

Reference Interval	Unit: pmol/L
Healthy Men	5.5 -103
Healthy Women(Age/Years)	
20- 24	8.7 -83.6
25-29	6.4 - 70.3
30-34	4.1 -58.0
35-39	1.1 -53.5
40-44	0.19 -39.1
45-50	0.07 - 19.3
PCOS Women	13.3 - 135

Performing Locations
*1: This test was performed at:
HBK Laboratory, Hamad Medical Corporation, Department of Laboratory Medicine and Pathology, PO Box 3050 Doha,Qatar

LEGEND: *=Corrected, @=Abnormal, C=Critical, L=Low, H=High, f=Footnote, #=Interpretive Data, R=Ref Lab

Department of Laboratory Medicine & Pathology
P.O Box 3050 Doha, Qatar
Administrative Enquires +974 4026 4011
Email: Pathlabmed@hamad.qa

HGH Lab Rapid Response; +974 4025 7359
HGH Lab Anatomical Pathology; +974 44392046/7
HGH Lab Microbiology; +974 4439 4975/2038

Al Wakra hospital Lab; +974 4011 4201
Al Khor Hospital Lab; +974 4474 5181/2
NCCCR hospital Lab; +974 4439 7755/6
The Cuban Hospital Lab; +974 4015 7790
HBKMC Lab; +974 4026 4077/8
PEC Al Saad Lab; +974 4439 6014
HMGH Lab; +974 4024 0275
AAH Lab; +974 4024 8098

Madinat Khalifa Health Center

مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

Client: Madinat Khalifa Health Center
Address: Al Najda Street
District: 32
Doha, Doha

HC Number: HC01026513
FIN: 0161888694
Admit: 06/06/2024
Disch: 06/06/2024
Location: MKH Laboratory

Patient: **SUAD FAHMI MOHD OMAR NASERALDEN**

Qatari ID: 28140000994
DOB/Age/Sex: 12/03/1981 43 years Female
Admitting:
Attending: Physician Laboratory

Chemistry

Endocrinology

Collected Date 09/06/2024
Collected Time 11:30

Test		Units	Reference Range
BhCG Quant	<1 *1	mIU/mL	[0-5]
Estradiol	168.0 i1 *1	pmol/L	
FSH	9.8 i2 *1	IU/L	
LH	11.4 i3 *1	IU/L	
Prolactin	267 *1	mIU/L	[102-495]

Interpretive Data

i1: Estradiol

For "Female Patients" Estradiol Reference Range:
Follicular Phase: 45.4 - 854 pmol/L
Midcycle Phase: 151 - 1461 pmol/L
Luteal Phase: 81.9 - 1251 pmol/L
PMP Phase: <18.4 - 505 pmol/L

i2: FSH

FSH Reference Range:
Follicular Phase 4 - 13 IU/L
Ovulation Phase: 5 - 22 IU/L
Luteal Phase: 2 - 8 IU/L
PMP Phase: 26 - 135 IU/L

i3: LH

LH Reference Range:
Follicular Phase 2 - 13 IU/L
Ovulation Phase: 14 - 96 IU/L

LEGEND: *=Corrected, @=Abnormal, C=Critical, L=Low, H=High, f=Footnote, #=Interpretive Data, R=Ref Lab

Madinat Khalifa Health Center

Patient: **SUAD FAHMI MOHD OMAR NASERALDEN**

Qatari ID: 28140000994 HC Number: HC01026513

DOB/Age/Sex: 12/03/1981 43 years Female FIN: 0161888694

Chemistry

Endocrinology

Interpretive Data

i3: LH

Luteal Phase: 1 - 11 IU/L

PMP Phase: 8 - 59 IU/L

Performing Locations

*1: This test was performed at:
HBK Laboratory, Hamad Medical Corporation, Department of Laboratory Medicine and Pathology, PO Box 3050 Doha,Qatar

SUAD FAHMI MOHD OMAR NASERALDEN
HC01026513

* Final Report *

US Pelvis

Examination US PELVIS : This report was done by the Sonographer

Clinical Information:

Excessive vaginal bleeding

Findings (images interpretation):

UTERUS

Retroverted uterus measures 6.5 x 4.1 x 4.7 cm
Submucosal fibroid seen measures 1.4 x 1.0 cm.
Endometrium thickness (1.3 cm).
Cervix is unremarkable.

OVARIES & ADNEXAE:

Both ovaries are normal

Right Ovary: 2.7 x 1.8 x 2.3 cm (vol.6.0cc)
Left Ovary: 2.6 x 1.6 x 1.9 cm (vol.4.2cc)

No sizeable ovarian or adnexal pathological masses could be detected.

No significant fluid in cul-de-sac

Approved by: Alona Briones Camacho , 02-Jun-2024 13:01

US Pelvis

This document has an image

Completed Action List:

Result type:	US Pelvis
Result date:	02 06, 2024 13:01 AST
Result status:	Auth (Verified)
Result title:	US Pelvis
Performed by:	Alona Briones Camacho - PHC70077 - Sonographer on 02 06, 2024 13:01 AST
Cosigned by:	Alona Briones Camacho - PHC70077 - Sonographer on 02 06, 2024 13:01 AST
Verified by:	Alona Briones Camacho - PHC70077 - Sonographer on 02 06, 2024 13:01 AST
Encounter info:	0161689625, MKH M-Khalifa, Outpatient, 02/06/2024 - 02/06/2024
Contributor system:	FUJI

Printed by: Shijin Thoppil Majeed
Printed on: 09/06/2024 11:33 AST

نموذج الموافقة المستنيـــرة (Consent Form)

نموذج الموافقة :

وثيقة قانونية يوقعها أو يختمها المريض أو ممثله القانوني المفوض طوعاً، دون ضغط أو تأثير غير مبرر قبل العلاج أو الإجراء الطبي .وينص هذا النموذج على أن المريض يوافق على الخضوع للعلاج أو لإجراء طبي موصى به، وأنه على دراية بأي مخاطر محتملة يمكن أن تحدث،

الغرض:

إرشاد مقدمي خدمات الرعاية الصحية خلال عملية الحصول على الموافقة المستنيرة وتوثيقها، تحمي الموافقة المستنيرة المرضى، وتجنب وضعهم في مواقف يشعرون فيها بالعجز وقلة الحيلة.

تحدد السياسة الحالية توقعات مقدمي خدمات الرعاية الصحية لتنفيذ العمليات التي تضمن تقيد مقدمي الرعاية الصحية بالالتزامات القانونية والمهنية والأخلاقية ذات الصلة بالحصول على الموافقة المستنيرة قبل البدء بالتعامل مع الحالة الصحية.

تقديم معلومات وافية للمرضى تساعدهم في اتخاذ قرارات طوعية واعية فيما يتعلق بقبول العلاج أو الإجراءات العلاجية أو رفضها.

احترام حق المريض في رفض علاج ما أو سحب موافقته(يُرجى الرجوع إلى وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى الصادرة عن وزارة الصحة العامة.)
احترام المتطلبات الثقافية للمرضى وتلبيتها متى أمكن ذلك.

هذه السياسة إلزامية حيث تكلف وزارة الصحة العامة جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية بضمان الإمتثال للمعايير القانونية
والأخلاقية، المبينة في هذه السياسة، في الحصول على الموافقة المستنيرة من المرضى أو المفوضين قانونياً عنهم.

لقد أتيحت لي الفرصة لقراءة هذا النموذج وطرح الأسئلة ، تم الرد على أسئلتي لرضائي ، وأوافق على أي علاج مقترح.

أفوض الطبيب المعالج لي بمعالجتي واجراء المزيد من العلاج ان احتاج الامر لاقدر الله.

نصحني طبيب المعالج ان المضادات الحيوية والمسكنات والادوية الاخرى يمكن أن تسبب تفاعلات حساسية

أفهم انه من مسؤوليتي ابلاغ الطبيب في حالة وجود لدي حساسية من دواء معين ومن أي أدوية أتناولة حاليا.

أفهم أنه أثناء العلاج قد يكون من الضروري قد أحتاج الى عملية جراحية .

يتم ابلاغكم من الطبيب المعالج:

طبيعة حالة المريض أو التشخيص الطبي له والإجراء أو الإجراءات العلاجية الموصى باتخاذها.
طبيعة المخاطر والاحتمالات المترتبة
المضاعفات المحتملة والمتعلقة بالإجراء أو الإجراءات العلاجية الموصى باتخاذها.
الأشخاص ذوي الصلة بالإجراء أو الإجراءات العلاجية الموصى باتخاذها.

التوقيع : Sign:

Consent Form:
A legal document signed or marked by a patient or legal authorized representative voluntarily, without coercion or undue influence, prior to any medical
Treatment/procedure. This form states that the patient agrees to undergo the recommended
treatment/procedure and is aware of any possible risks that might occur
Purpose:
To guide healthcare providers in obtaining and documenting Informed Consent. Informed
Consent protects patients and avoids putting them in powerless and vulnerable situations.
This policy sets out expectations of healthcare providers to implement processes that shall
ensure:
Providers abide by legal, professional and ethical obligations in obtaining informed
Consent prior to managing their patients' medical condition/s.
Sufficient information is provided to patients in order to help them make informed
Voluntary decisions whereby they either accept or refuse a treatment or procedure.
The right of patients to refuse treatment or to withdraw their consent shall be respected
(Please refer to the Ministry of Public Health Patients' Bill of Rights and Responsibilities).
The patients' cultural requirements shall be respected and fulfilled whenever possible.
This policy is compulsory and the Ministry of Public Health (MOPH) mandates all healthcare
providers to ensure compliance with the legal and ethical standards outlined within this policy, in
Obtaining Informed Consent from patients/legal authorized representatives.

I had the opportunity to read this form and ask questions, my questions were answered to my satisfaction, and I agree to any proposed treatment.

I authorize the attending physician to treat me and do further treatment if needed, God forbid.

The therapist advised me that antibiotics, analgesics and other medications can cause allergic reactions

I understand that it is my responsibility to inform the doctor if I am allergic to a particular drug and any medications I am currently taking.

I understand that during treatment it may be necessary that I may need surgery

The Doctor he/she inform that:

The nature of the patient's condition, diagnosis and treatment/

Procedure/s to be performed.
Nature and probability of risks involved.
Potential complications associated with the recommended Treatment/procedure.
Person/s involved in the procedure

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

Prescription وصفة طبية

№

Date: 04 AUG 2024 :التاريخ

Patient's name: Suaad Fahmi :إسم المريض

File No.: 039029 :رقم الملف

Age: 43yrs Wants to conceive :العمر

Rx

Tamoxifen 20 g 1d x5ds.
(1) حبة مرة واحدة يوميا
لمدة ٥ أيام من اليوم ٥

Ovitrelle amp (1) 250
يوم تفجير البويضة حسب الوصفة

NaHCO3 60x (1)
حسب الوصفة

Doctor's signature: [signature]

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523