

1st twin (2012)
 IUF < 2nd twin
 (Male Factor), still flourishing
 at 2 months
 2nd wife (had 1 child from the 1st marriage)



File No.: 039327

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039327
 Name: ZAINAB OBEID SEDDIQ IDRIS
 QID No: 28373600572 Sex: Female
 Mob: 55270055 ADDRESS: BIN OMRAN

Age: 41 yrs
 Marital Status: 18 yrs
 Husband's Name: Hatim Ahmed Sedig-55 yrs
 File
 -not smoker
 Telephone:
 Residence Phone:

SYMPTOMS:

-want to conceive, history of IUF twice (Male Factor),
 staying together, SR regular 2-3/wk.

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 16 years

Menstrual Habits: regular, every 23 days, lasting 6 days
 Menstrual Symptoms: moderate pain

L.N.M.P 5-8-24 Am

Parity: P 3 Abortion

Menopause:

Ectopic

LCB 7.1.2017

♀ 1 Living "3"
 ♂ 2 all NVD a-w

EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 84.6 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
 looks her age, coop., hyperpigmented

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: soft, fatty-

Breasts: No galactorrhea -

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. menstruating
 Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested: AUF-Wt-F-GA Endomet 11mm Rt ov-ecyst
 oval 25x29mm clear fluidy Doppler H.
 Lr ov-ecyst too 35x30mm

Diagnosis: Long IUF, Combined factor bilateral ovarian cysts
 + to Rlo male factor

Plan of Management:

S.F.A + CIT Sandra 16/01/18

Next Appointment:

TA
 TV

Zeinas

Name: ZAINAB OBEID

File Number: 03937

Date	Cycle Day	Drugs	Endo.	Right Ovary	Left Ovary
10-9-24 83-7kg 120/80	28-8-24 PM D13 ♂ factor Azospermia	—	GA 15-0 mm. No FFCDs	NIS N echo one cyst 3cm clear fluid	2one C-L one cyst 3cm clear fluid

Notes: 10 SEP 2024 y insist for TESTA + S. pregot D22



Patient Name: ZENAB OBAID SEDDIQ IDRIS

Age : 41 Sex F

Request Date : 17/08/2024 20:35:00

Check-In Date : 17/08/2024 21:07:00

Print Date : 17/08/2024 21:09:00

Trans Num: 201393112

MRN : 914401

Doctor Name : Dr. Dania Khalid S. Naeem

Report Date : 17/08/2024 21:09:00

Service Description :

4985

FOLLICLE SIZE ULTRASOUND PER VISIT

Pelvic U/S :

The uterus:

" The uterus is normal in size.

" No fibroid masses.

" endometrial thickness= 6.8mm

Multiple naphthian cysts ; largest = 9x9mm.

Both ovaries:

" The two ovaries are normal in size,

" Both show multiple small cysts arranged peripherally

Lt DF = 13.6x13.7mm

Lt ovarian cyst= 3.6x3.3cm of anechoic pattern

Rt ovarian cyst= 3x2.8cm of anechoic pattern

Adnexa:

" No adnexal masses.

" No fluid in the cul-de-sac.

Conclusion: Bilateral ovarian cysts

Lt DF

Remarks:

Radiologist

DR. WESAM ADEL AHMED



Patient Name : HATIM AHMED IDRIS

File No : 17524

Visit No : ALN213198

Consultant : Dr. Abdkafi Hesham ALNefawi

Age : 57 Year(s) 7 Month(s) 9 Day(s)

Gender : Male

Identity Type : 26773600666

Sample Date : 10/08/2024 09:32:45 AM

Test	Result	Unit	Reference Values
Days of Abstinence	: 5 Days		
Time of collection	: 9:30 AM		
Place of Collection	: Lab collection		
Volume	: 1.1	ml	> 1.4
Colour	: Greyish White		Greyish White
PH	: Alkaline		Alkaline
Consistency	: Normal		
Sperm Concentration	: No sperm cells seen in the submitted sample.	million/mL	>16
Pus Cells	: 2 - 4	/ HPF	
Red Blood Cells	: 0 - 2	/ HPF	
Immature Sperm Cells	: 0 - 2	/ HPF	

Comments:

احضرت العينه بمعرفة المريض وعلى مسئوليتيه

Dr. Subhi Khoury
Specialist
Laboratory Medicine/Medical Biochemistry
License No. P3843

Result Date/Time : 10/08/2024 12:41:04 PM

Lab Tech : HIND ALTAHAINEH

Dr.SUBHI KHOURY / P3843

AL Kinana St. - Al Nasr

Tel.: +974 4442 0900

Fax.: +974 4442 1900



شارع الكنانة - النصر

هاتف: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ١٩٠٠

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ١٩٠٠

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

هاتف: +٩٧٤ ٤٤٥٠ ٠٠٧٤

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٦٠ ٣٠٤٠



Date 6 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name زينب عبد حديق ادريس الإسم الكامل

Date of Birth 1983 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 28373600572 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 44885620 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55270055 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55597786 أقرب الأقارب الزوج

Emergency Contact Number 55597786 رقم هاتف

Address: Building No. 36 Zone No. 37 Street No. 940 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 Leila التوقيع

File Number

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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.

بإمضاء

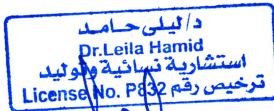
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: زينب عبيد حديق الدريجي

التاريخ: ١٩٨٣ / ١ / ١

ملف رقم: 039327

التوقيع: زينب



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28373600572 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 05/08/1983 تاريخ الميلاد:
Expiry: 06/05/2025 الصلاحية:
Nationality: SUDAN الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: زينب عبيد صديق ادريس

Name: ZEINAB IDRIS

Passport Number: P08285019
Passport Expiry: 29/08/2031
Serial No: 30728373600572
Residency Type: عقلية
Employer: حقم احمد صديق الدريس
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports
توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممسك:
نوع الرخصة:
المنتقدم:

