



File No.: 039523

Nationality: QAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039523
Name: ALANOUD RASHID ALAZBA
QID No: 28363401239 Sex: Female
Mob: 55602291 ADDRESS: ALWEKEER



Age: 41 YRS.

Marital Status: 16 YRS.

Name: ABDULLA ABDULMOHSEN ALMAMARI

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Delayed period 2 wks, underwent pregnancy test BHCg +ve, weak ago - diagnosed as have hemorrhagic cyst in PHC measuring (2-4 x 1-8) on parian Method Contraceptive and natural Family planning -

Medical History: hypothyroidism on thyroxin 125 P.H. Non F.H. hypothyroid (M & F)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years L.N.M.P 20.7.2024

Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 5 days

Menstrual Symptoms: mild pain.

Menopause:

Parity: P 6 Abortion 0

Ectopic

LCB 9.7.2018

♀ 2 ♂ 4

EXAMINATION

all NUD, a.w. General Examination: Ht. 158 cm Wt. 85.5 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Normal ♀ look, not in pain anxious about ov. cyst

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: soft, fatty.

Breasts: No galactorrhea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested: AUF wt 6 Regular contour & GB endomet 7.7 mm ovaries Rt 11.5 x 1.5 cm Lt ov. cyst + mucinous 27 x 22 mm no septa

Diagnosis: Gynae check up, Lt ov. cyst

Plan of Management:

Next Appointment:

prefers to wait

South Wakra Health Center



Patient: **ALANOUD RASHID M ALATHBA**

HC Number: HC00021856

Qatari ID: 28363401239

FIN: 0164409505

DOB/Age/Sex: 03/09/1983 41 years Female

Admit: 02/09/2024

Admitting:

Disch: 02/09/2024

Attending: Dr.Khalid Latif Khan -PHC53480 -Senior
Consultant Family Medicine

Location: SWK UltraSound

Ultrasound

Accession

Exam Date/Time
02/09/2024 12:34

Exam
US Pelvis

Ordering Physician
Dr.Kirubah Vasandhi David
David Dasiah -PHC57238 -
Consultant Family Medicine

US Pelvis

Examination US PELVIS: Transabdominal/Transvaginal scan

Clinical Information (as per physician's indication based on patient's medical history):

Clinical History:- delayed periods

Pregnant:- N

LNMP:- 20240720

Reason For Exam:- delayed period for evaluation

Findings (images interpretation):

UTERUS

Within average size and shows homogenous echogenicity.

Position & size: Anteverted measuring 7.48 x 4.58 x 5.35 cm.

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

South Wakra Health Center

Patient: **ALANOUD RASHID M ALATHBA**

HC Number: HC00021856

Qatari ID: 28363401239

FIN: 0164409505

DOB/Age/Sex: 03/09/1983 41 years Female

Ultrasound

US Pelvis

Its contour is regular. No sizeable myometrial masses.

Average endometrium thickness measuring 9.5 mm.

Cervix is unremarkable.

OVARIES & ADNEXAE:

Right Ovary: measuring 2.29 x 2.26 x 1.13 cm Vol= 3.06 cc.

Left Ovary: measuring 4.27 x 2.87 x 2.44 cm Vol= 15.6 cc. **Cyst with thin septations seen within measuring 2.43 x 1.81 cm (?Hemorrhagic cyst).**

No significant fluid in cul-de-sac

Please correlate for further evaluation.



Date 4 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name العنود راشد ال عذوب الإسم الكامل

Date of Birth ١٩٨٣/٩/٣ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number ٢٨٣٦٣٤٠١٢٣٩ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٥٥٦٠٢٢٩١ رقم الجوال

Emergency Contact Person الخ أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ٥٥٨٣٨١٣١ رقم هاتف

Address: Building No. 17 Zone No. Street No. ٥١٣
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 التوقيع

File Number ٥٣٩٥٢٣



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: **العنود راسد العبد**

التاريخ: **١٩٨٣/٩/٤**

ملف رقم: **039523**

التوقيع: **هشام**

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

هشام

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28363401239

الرقم:

D.O.B. 03/09/1983

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 30/06/2030

الصلاحية:



الإسم: العنود راشد منصور كريف العذبه

Name: ALANOUD RASHID M K ALATHBA

منطقة 55 - شارع 992 - مبنى 25

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

