



First Marriage for
Both

1st 4 yrs Po+o although together

File No.: 038989

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

Dr.
DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038989
Name: EMAN ABDULHADI ALKHALIF
QID No: 28973602463 Sex: Female
Mob: 33018767 ADDRESS: AIN KHALID

Age: 34 yrs
Marital Status: 8 yrs
band's Name: Dhaigalhay Ali Ahmed
bile Phone: 4546 Residence Phone: smok (+)

SYMPTOMS:

want to conceive → S-R 3-4 times/week
bad obstetric H → Sepsis during delivery (+ GBS)
after delivery Her period became every 28 days - Not seen
before since last delivery - induced for first pregnancy but set pregnant
Medical History: thyroxin 50ugm P.H. GDM, PLO F.H. DM + HTN
GDD

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 yrs
Menstrual Habits: Regular every 35 days For 7 days
Menstrual Symptoms: Normal
Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 2 1/1
anomaly die 26+ Terminate NVD (preterm 2/1
33)
EXAMINATION
Wt. 79.1 Kg BMI 100/60 mm Hg
General Examination: Ht 165 cm
normal ♀ look no face acne or hirsutism.

Chest, C.V.S. NA
Abdomen: Scars of laparoscopy
Breasts: normal, no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Wide vagina & introitus & Recto-cystocele
Bimanual Exam. moderate no ut prolapse, normal sized
Rectal Exam. no mass

Investigation Requested:

TV RT ov - follicle 16.5mm Rupture -
L ov looks PCO - FF-CDS +.

Diagnosis: 2ary INF → BOH. + Monilial vaginitis.

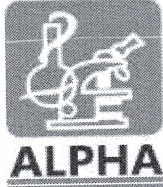
Plan of Management:

child - spine bifida, omphalocele discovered at 20wks TOP.
FSB

Next Appointment:

File Number:.....038989.....

Notes:



مختبرات ألف
Alpha laboratories W.L.L.
For Best Quality

ENDOCRINOLOGY

61434

Name : EMAN ABDULHADI
Sex/Age : F/ 34 y/ 0 m / 24 d
Nationality : Sudan
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Leila Hamid
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 223376
AL No : 61434
Entrance Tm: 11-JUL-2024 21:20:56
Exit Date : 13-JUL-2024 09:33:46
Ext. Ref. Num.: 038989

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
Progesterone	7.18	ng/ml	Follicular : <0.54 Luteal : 1.5-20 Ovulation: 0.25-6.22 Menopause: <0.41 Pregnant Females: First Trimester: 2.8-147.3 Second Trimester: 22.5-95.3 Third Trimester: 27.9-242.5

Lab Tech Name. : AZHAR_LAB

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



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 إجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

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

Eiman Abdel Hadi

اسم المريض / المريضة:

29 / 08 / 2024

التاريخ:

ملف رقم:

التوقيع :





Date 4 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Siman Abdel Hedi Alkhalifa الإسم الكامل

Date of Birth 21.10.1989 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Doctor المهنة

I.D Number 2789360 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 3301 8767 رقم الجوال

Emergency Contact Person Diarrhaq Ali Ahmed أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33344166 رقم هاتف

Address: Building No. 165 Zone No. 56 Street No. 480 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 ☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 038989



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.

استشارة

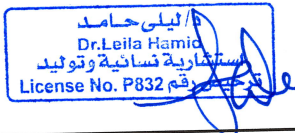
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: **إيمان عبد الهادي الخديجة**

التاريخ: ٢٠١٦ / ١٤ - ٢٠١٦

ملف رقم: 038989

التوقيع :



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28973602463

الرقم الشخصي:

D.O.B: 21/10/1989

تاريخ الميلاد:

Expiry: 10/01/2025

الصلاحية:

سودانية

الجنسية:

Nationality:

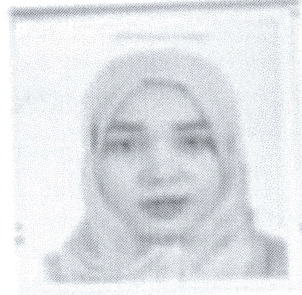
SUDAN

Occupation:

ربة منزل

المهنة:

الإسم: إيمان عبدالهادي الخليفة طه



Name: EIMAN TAHA

Passport Number:

P07597277

Passport Expiry:

28/01/2026

Serial No:

30228973602463

Residency Type:

زوجة

Employer:

ضياء الحق علي احمد صالح

مدير عام الإدارة العامة للجوازات

General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل الرخصة

Holder's signature

رقم جواز السفر:

تاريخ انتهاء الجواز:

الرقم الممثل:

نوع الرخصة:

المستقدم:





ENDOCRINOLOGY

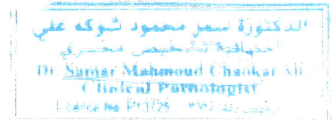


Name : EMAN ABDULHADI
Sex/Age : F/ 34 y / 0 m / 24 d
Nationality : Sudan
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Leila Hamid
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 223376
AL No : 61434
Entrance Tm: 11-JUL-2024 21:20:56
Exit Date : 13-JUL-2024 09:33:46
Ext. Ref. Num.: 038989

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE	
Progesterone	7.18	ng/ml	Follicular :	<0.54
			Luteal :	1.5-20
			Ovulation:	0.25-6.22
			Menopause:	<0.41
			Pregnant Females:	
			First Trimester:	2.8-147.3
			Second Trimester:	22.5-95.3
			Third Trimester:	27.9-242.5

Lab Tech Name. : AZHAR_LAB



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 د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 15/7/24 التاريخ:

Patient's name: Ewan A. Alhadi. Alkalbi اسم المريض:

File No.: 038989 رقم الملف:

Age: 34 x / Secondary infection العمر:

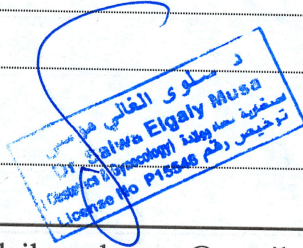
Rx

- Clavical tabs 50mg

٥٠ ملجم ٢ مرة يوميا

دورة واحدة ٥ أيام

Doctor's signature:



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

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

29 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Eman Abdulhadi اسم المريض:

File No.: 038989 رقم الملف:

Age: 34ys العمر: 34 years
wants to concern

Rx

Femara 2.5mg
Box 5 days from
next cycle

- Glucophage tabs 500mg
1 tab 3 times a day after meals
for 15 days

- Gynae cand 2 days
1 cand 2 times a day for 2 days

- Fanzol 400mg
1 tab 2 times a day for 15 days

Doctor's signature:

Dr. Leila H. Medical Center

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