



File No.:

039378

Nationality:

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039378

Name: AFRAH ABDULRAHMAN HER

QID No: 29470600041

Sex: Female

Mob: 66160466

ADDRESS: ALWAKRA

Age: 30 yrs

Marital Status: 4 months

id's Name:

Mahmoud Abdurashed Nour

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Abartel on 26/6/24 - Clo Pers Bland
Lower abdominal Pain & No worry symptoms
on abnormal vaginal discharge

Medical History:

Hyperthyroidism on th

P.H.

Not smoked

F.H.

Dm not

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 Y-5

L.N.M.P

17.7.24

Menstrual Habits:

Regular every 26 days - 6-7 days

Menstrual Symptoms:

Not smoked

Menopause:

Parity:

P

Abortion

I

Ectopic

LCB

EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm

Wt. 61.3

Kg BMI

Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

well - cooperative

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Not done

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

- BHCG qualitative -ve
- TVS2 - uterus normal, thickened endometrium ET 10.9mm
and both ovaries, (+) FFCDs.

Diagnosis:

? Ruptured small ovarian cyst / ? early pregnancy

Plan of Management:

To wait for 1 wk & Repeat BHCG if No menses - ER instructions if ↑ Pain

Next Appointment:

[illegible]

Name : Afra Abdirahman Hersi
Lab. No. : 332445519
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 29470600041
File No. :

Sample Date : 18/08/2024 19:36 PM
Report Date : 21/08/2024 10:02 AM
Doctor references : Dr. Ebtesam Abdallah

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 30 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Test	Result
Vaginal Discharge Examination	
Gram Stain	Few large gram positive bacilli; Few gram negative bacilli; few epithelial cells
WBCs/ LPF	Occasional

Isolation Organisms:

(1) Escherichia coli (ESBL)

Modifier : heavy growth

Antibiotics	(1)Escherichia coli (ESBL)	MIC
Piperacillin-tazobactam	S	
Cefazolin	R	
Cefoxitin	S	
Ceftazidime	R	
Ceftriaxone	R	
Cefepime	S	
Imipenem	S	
Meropenem	S	
Amikacin	S	
Gentamicin	S	
Ciprofloxacin	I	
Amoxicillin-clavulanic acid	S	
Levofloxacin	I	
Ampicillin-sulbactam	I	
Trimethoprim sulfamethoxazole	R	
Ampicillin	R	
Cefalexin	R	
Cefonicid	R	
Cefuroxime	R	
Cefdinir	R	
Cefixime	R	
cefpodoxime	R	
Cefotaxime	R	

Printed By: System

All Rights Reserved © National Technology

Page

1 Of 2

AM :Printed Date 10:59 21/08/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

Name : Afra Abdirahman Hersi
Lab. No. : 332445519
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 29470600041
File No. :

Sample Date : 18/08/2024 19:36 PM
Report Date : 21/08/2024 10:02 AM
Doctor references : Dr. Ebtesam Abdallah

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 30 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Antibiotics	(1)Escherichia coli (ESBL)	MIC
Aztreonam	R	
Doripenem	S	
To. amycin	S	

P:Pos-;N:NegS:SensitiveI:IntermediateR:Resistant

Vaginal smear and culture was suggestive of Aerobic Vaginitis.

Assessment of Gram stain is based on Nugent Scoring System
Nugent Score = 2, which is considered negative for Bacterial Vaginosis

Please correlate clinically.

Bacterial Identification and Antimicrobial Susceptibility Test were performed on
Vitek2Compact Advance Expert System (AES).

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Antomical & Clinical Pathology
License No. 3403

Dr. Hisham El Banawy
Consultant



Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	039378
	NAME:	Afrah Abdulrahman
	LMP:	17-7-24
	GRAVIDA:	PARA: 0 ABORTION: 1
	REASON FOR SCAN:	Delayed period

UTERUS:

☒ NORMAL

☐ ENLARGED

ENDOMETRIAL LINING:

☒ NORMAL

☐ THICKENED

ADNEXA:

RT OVARY _____ MM X _____ MM X _____ MM Normal
 LT OVARY _____ MM X _____ MM X _____ MM both ovaries

OTHER FINDINGS:

FFCDS:

YES ☒

NO ☐

OVRIAN.CYST _____ SIZE 16.4 x 19 x _____ MM

IMPRESSION:

Normal pelvic
 Uls & small cyst
 16.4, 19mm, FFC +

DOCTOR SIGNATURE AND STAMP



د. إيتسام عبد الله الطيب
 Dr. Ehtesam Abdullah
 طبيب عام (نساء وتوليد)
 GP (Obstetrics & Gynaecology)
 ترخيص رقم P8065
 License No. P8065

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

AFRAH

Patient ID:

15

Multistix® 10 SG

Test date 08-18-2024

Time 3:05PM

Operator LAMIS

Test number 2677

Color Yellow

Clarity Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative

SG 1.0

Dr. Leila Hassan Medical Center

Date of Exam: 18.08.2024 Page 1 / 6

Exam Type:

Name: HERSI AFRAH ABDULRAHMAN DOB: 01.01.1994 Sex: Female

Pat. ID: 039378 Perf. Phys. Ref. Phys. Sonogr.

Indication

IMP: 17.07.2024 Day of Cycle Expected Ovul. Gravida Para 0 AB 1 Ectopic

Day of slim.

2D Measurements

	Value	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Meth.
Uterus								
Length	4.13 cm	4.13						avg.
Width	3.72 cm	3.72						avg.
Height	3.31 cm	3.31						avg.
Volume	26.627 cm³	26.627						avg.
Endo. Thickness	16.00 mm	16.52	15.47					avg.
Left Ovary								
Length	3.90 cm	3.90						avg.
Width	3.84 cm	3.84						avg.
Height	2.36 cm	2.36						avg.
Volume	18.506 cm³	18.506						avg.
Right Ovary								
Length	2.75 cm	2.75						avg.
Width	1.80 cm	1.80						avg.

QLM Life & Medical Insurance Company Q.P.S.C.
Pre-Approval Confirmation Receipt

Pre-Approval Code	: 24090552438-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 18/08/2024 16:41	Approval Date	: 18/08/2024 16:41
Insured Name	: IFRAH ABDIRAHMAN A HERSI		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: Qatar Energy	Medical Record No	:
Policy No	: P2109000180-R2	Member Id	: MEM23260112
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 18/08/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	: Acute
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Acute vaginitis	Present Illness Dur.	: 2 WEEKS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR. EBETSAM ABDULLAH
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Basic
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: NA
Approved By	:	Age / Gender	: 30 Y Female
Other Diagnosis	: K59.0 - Constipation		
Past Medical History	: PARA 0 + 1		
About Present Illness	: C/O PELVIC PAIN WITH CONSTIPATION FOR 2 WEEKS AND VAGINAL DISCHARGE FOR 3 H. DAYS REASON FOR SCAN DELAYED PERIOD		
Request. Line Of Mgmt.	:		
Approval Remarks	:		

Treat./Drug Code	Treatment/Drug Desc (Reject/Approval Remarks) (Tooth Number)	Quantity	Est.Amt	Appr.Amt	Additional Copay	Status
II1	Gynaecology Consultation()	1	110.00	110.00	NA	Registered
US001	Gynaecology Ultrasound()	1	250.00	250.00	NA	Registered
LAB001	Urine General Test()	1	30.00	30.00	NA	Registered

Total Estimated Amount : 390.00

Total Approved Amount : 390.00

Print Date : 18/08/2024 17:09

Note : This is a system generated receipt, signature is not required

Pre-Approval Validity is 21 Days from approval date or until Policy expiry Date whichever comes first. Prices are approved subject to the agreed price list, contract terms, policy conditions and exclusions. Claim has to be submitted within 60 days from the date of service.

N.B. Approved Investigations listed above subjected to abnormality of preliminary investigation results. Services rendered are subject to policy terms and conditions.



Date 14 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name اغراج عياد الإسم الكامل

Date of Birth 8.7.1994 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Engineer in Caa المهنة

I.D Number 29470600041 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 66160466 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66160466 رقم الجوال

Emergency Contact Person Husband : 80177000 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66160466 رقم هاتف

Address: Building No. 9 Zone No. 90 Street No. 645 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 التوقيع

File Number 039378

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:

التاريخ: 18-8-24

ملف رقم: 039378

التوقيع:





نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: اطرح عبدرجى

التاريخ: 14-8-24

ملف رقم: 039378

التوقيع: tail



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29470600041

الرقم:

D.O.B. 08/07/1994

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 27/06/2030

الصلاحية:



الإسم: افراح عبدالرحمن احمد حرسى

Name: IFRAH ABDIRAHMAN A HERSI

منطقة 91 - شارع 874 - مبنى 14

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، أخراخ عبد الرحمن، الموقعة أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلى حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريضة: أخراخ عبد الرحمن
 رقم الملف: 639378
 رقم الجوال: 66160466
 التاريخ: 18.8.2024
 تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

أخراخ عبد الرحمن

التوقيع:

Subject: Insurance Payment Agreement

I, _____, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of _____ QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: _____

File number: _____

Mobile no.: _____

Date: _____

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: _____

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

1 21 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: أسماء alkalman: إسم المريض:

File No.: 039378: رقم الملف:

Age: 30yrs: العمر: B. Vaginas

Rx

Augmentin tab 1gm

BD x 5 days

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. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

18 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: اسم المريض: Afrah Abdulrahman

File No.: رقم الملف: 039378

Age: العمر: Vaginal

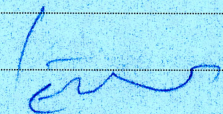
constipation

Rx

- Lomexin vag. Oules 1000mg
today & after 1wk

fiber act powder

2x1x5 days

Doctor's signature: 

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523