

2 ♂ fetuses - abnormal
? receptive.
Muscle & Cardiac
anomaly



File No.: 039153

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039153
Name: AISHA HAMAD ALMARRI
QID No: 28663404329 Sex: Female
Mob: 50074488 ADDRESS: DUKHAN



Age: 38 y.o

Marital Status: 16 yrs

's Name: Rashid Mohammed Almarri

hone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

• Vaginal discharge whitish itchy
NA offensive / 2 days. Wards to consult
for IVE & PGD 2 males affected by genetic
disease. on IUCD (copper 6 months back).
Medical History: GDA last pregnancy P.H. NA signs FH. NA signs

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 X-5 L.N.M.P 15.6.2024
Menstrual Habits: Regular every month - 8 days
Menstrual Symptoms: NA signs
Parity: P 7 Abortion 2 (Exc one) Ectopic LCB 13 months
♀ 4 ♂ 3-oldest

EXAMINATION

General Examination: Ht. 170 cm Wt. 112.5 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg
well, non coop, overweight

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD - Pendulous Abdomen

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. No Vaginitis, Cx ectopy 0.1 cm, yellow
Bimanual Exam. dist (+), HVS taken
Rectal Exam. - thread not seen

Investigation Requested:

not indicated

Diagnosis: Bacterial vaginosis

Plan of Management:

for IVE, GPD & Dn Osama

Next Appointment:

Name : Aisha Hamad Almarri
Lab. No. : 332436996
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 28663404329
File No. : 039153

Sample Date : 04/07/2024 19:01 PM
Report Date : 07/07/2024 11:45 AM
Doctor references : Dr. Leila Hamid
this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 38 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Test	Result
Vaginal Discharge Examination	
Gram Stain	Few large gram positive bacilli; Yeast cells present; some epithelial cells; Few gram positive cocci in pairs and chains; Few gram negative bacilli
WBCs/ LPF	Few

Isolation Organisms:

- (1) Streptococcus agalactiae Modifier : heavy growth
(2) Acinetobacter baumannii complex Modifier : heavy growth
(3) Candida spp Modifier : heavy growth

Antibiotics	(1)Streptococcus agalactiae	MIC	(2)Acinetobacter baumannii complex	MIC	(3)Candida spp	MIC
Moxifloxacin	S					
Erythromycin	R					
Clindamycin	R					
Quinupristin/Dalfopristin	S					
Linezolid	S					
Vancomycin	S					
Tetracycline	R					
Tigecycline	S					
Amoxicillin-clavulanic acid	S					
Ampicillin-sulbactam	S		S			
Cefazolin	S		R			
Cefotaxime	S		R			
Ceftizoxime	S					
Ceftriaxone	S		R			
Cefepime	S		R			
Imipenem	S		S			
Benzylpenicillin	S					
Meropenem	S		S			

Printed By: System

Page

1 Of 3

PM :Printed Date 16:49 07/07/2024

All Rights Reserved © National Technology

Powered by LDM www.nt-me.com

Name : Aisha Hamad Almarri
Lab. No. : 332436996
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 28663404329
File No. :

Sample Date : 04/07/2024 19:01 PM
Report Date : 07/07/2024 11:45 AM
Doctor references : Dr. Leila Hamid
this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 38 Year Sex : Female
Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Antibiotics	(1)Streptococcus agalactiae	MIC	(2)Acinetobacter baumannii complex	MIC	(3)Candida spp	MIC
Amphotericin	R					
Clarithromycin	R					
Doxycycline	R					
Piperacillin-tazobactam			S			
Ampicillin	S		R			
Levofloxacin	S		S			
Ceftazidime			I			
Amikacin			S			
Gentamicin			S			
Ciprofloxacin			S			
Trimethoprim sulfamethoxazole			S			
Cefalexin			R			
Cefonicid			R			
Cefuroxime			R			
Aztreonam			R			
Doripenem			S			
-					-	

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

Name : Aisha Hamad Almarri
Lab. No. : 332436996
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 28663404329
File No. :

Sample Date : 04/07/2024 19:01 PM
Report Date : 07/07/2024 11:45 AM
Doctor references : Dr. Leila Hamid
this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 38 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Vaginal smear and culture was suggestive of Candidiasis
Candida spp.: Antimycotic treatment is recommended.

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

S.agalactiae: ***This is reported as critical result for pregnant women from 36-38 weeks of gestation.

Please correlate clinically.

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

Reviewed By:

Dr. Menatelli El-Tahawy
Anatomical & Clinical Pathology
Menna El-Tahawy

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

Pre-Approval Code	: 24090427814-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 03/07/2024 17:36	Approval Date	: 03/07/2024 17:36
Insured Name	: AISHA HAMAD M AL-MARRI		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: Qatar Energy	Medical Record No	:
Policy No	: P2109000180-R2	Member Id	: MEM21208950
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 03/07/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in infectious and	Present Illness Dur.	: 8 DAYS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR. LEILA HAMID HASSAN
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Basic
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: NA
Approved By	:	Age / Gender	: 38 Y Female
Other Diagnosis	:		
Past Medical History	: PARA 7 + 2		
About Present Illness	: C/O VAGINAL DISCHARGE WITH WHITISH ITCHING AND SMELLY		
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

Total Estimated Amount : 110.00

Total Approved Amount : 110.00

Print Date : 03/07/2024 17:38

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.

Direct Billing Claim Form (Others)

Provider: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

MR No: 639153



Qatar Energy
P2109000180-R2



Effective: 01/01/2024 TO 31/12/2024

AISHA HAMAD M AL-MARRI

28663404329

MEM21208950

Emp id :DKN 19280-1

Prestige

Premier Plus

Patient Name: AISHA HAMAD M AL-MARRI

DOB / Age: 03/06/1986 / 37

Gender: Female

☐ New Visit

☐ Follow-up

☐ OP

☐ ER

☐ Day care

☐ IP

In case in-patient admission is recommended

Admission Date:

dd/mm/yyyy

Length of Stay:

To be filled by Medical Practitioner

Present Illness Details:

Chronic Recurrent
Vaginitis

Past Medical History:

☐ Acute

☐ Chronic

☐ Accident

☐ Hereditary/Congenital

☐ Work Related

☐ Pregnancy LMP: dd/mm/yyyy

Diagnosis: Mandatory

HUS @ streptococcus agalactia
② Acinetobacter baumannii
③ yeasts

Duration of Illness: Mandatory

Lab / Radiology:

Procedure / Pharmacy:

ampicillin / sulbactam tabs
(Unasyn 375)
or ciprofloxacin 500g

Medical Practitioner Declaration

I hereby certify that all medical information mentioned is to the best of my knowledge true and the medical services shown on this form are medically indicated & necessary for the management of the patient medical condition.

Treating Physician:

Dr. Leila Hamid

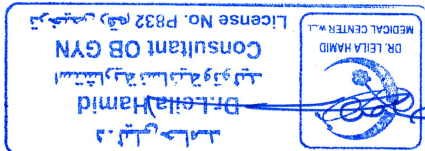
Speciality:

OB/GYN

Contact No:

55868523

Signature or Stamp:



Patient Declaration

I hereby certify that the entire particulars given above are true and doesn't contain any false, misleading, or incomplete information. I hereby authorize QLM Life & Medical Insurance Company to discuss, access, and share with Medical personnel, Medical practitioner, health professional, or other relevant medical providers and obtain a copy of all my health records in this facility or any other facility (or any of my dependent's records) that may be requested by them or their appointed representative. I also agree that a copy of this declaration stands valid as an original.

أقر بأن جميع المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ولا تحتوي على أي معلومات خاطئة أو مضللة أو غير كاملة. كما أنني أؤذن شركة كيو إل إم لتأمين الحياة والتأمين الصحي بمناقشة والسماح بالإطلاع ومشاركة سجلاتي الطبية مع الكوادر الطبية والأطباء والمتخصصين الصحيين الآخرين ذوي الصلة أو أي من مزودي الخدمات الطبية الآخرين والحصول على نسخة من سجلاتي الصحية في هذه المنشأة (أو سجلات أي ممن أعولهم) التي يطلبونها أو من يمثلهم: كما أوافق على أن هذا الإقرار يعتبر ساري المفعول كنسخة أصلية.

Patient Signature (above 18 years):

Parent/Guardian Signature (below 18 years):

Mobile No:

Date & Time: 10/07/2024 12:09

50074488

Medicine Only



Date 3 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name عائشة محمد المري الإسم الكامل

Date of Birth 3/6/1986 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation لا يوجد المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. 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 039153

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: عائشة محمد المري

التاريخ: 3/7/2024

ملف رقم: 039153

التوقيع:

د/ ليلي حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية مسائية ووليد
ترخيص رقم P882

دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



D.O.B. 03/06/1986

الرقم:

تاريخ الميلاد:

محل الميلاد: قطر

Nationality: **QATAR**

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

21/04/2025

الصلاحية:



الإسم: عائشه حمد مرسل فطيس المري

Name: AISHA HAMAD M F AL-MARRI

Date of Issue:

22/04/2015

تاریخ الإصدار:

Blood Group:

B+

فصيلة الدم:

Serial No.:

منطقة 55 - شارع 870 - مبنى 10

الرقم المسلسل:

العنوان:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

44



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE W.L.L



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، عائشة محمد الحري، 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: عائشة محمد
 رقم الملف: 039183
 رقم الجوال: 50074489
 التاريخ: 03.07.24
 تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

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: _____