

2nd wife
he has no kids from
first wife 12yrs together



File No.: 039254

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039254
Name: AISHA SAEED ALMARRI
QID No: 29963400713 Sex: Female
Mob: 59961991 ADDRESS: ABU NAKHLA



Age: 26y/o

Marital Status: 2yrs

and's Name: Ali Mohammed Almarri

Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Clit v. itching → smelly + discharge
A pelvic pain - 2/12 internal has darker
cyst - plan for 1st due Pys infertility
& factor

Medical History: on thyroxin 2.5mg ~ 2y P.H. 1k knee op. FH. DM 17y

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12y/o L.N.M.P. 25/6/24
Menstrual Habits: Regular monthly FAS - 6day
Menstrual Symptoms: Normal
Parity: P Abortion 0 Ectopic 0 LCB

EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 80 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Chest, C.V.S. / NAD
Look g mild acne

Abdomen: NAD

Breasts: Normal

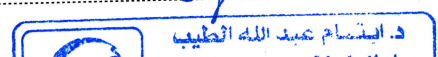
PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. cx - x/d sem milky discharge +
Bimanual Exam. Normal vagina
Rectal Exam.

Investigation Requested: T. valis AVE a fem GT 9-8 mm
Small Rt ovarian cyst 2-8x2 cm NAD
16 ovarian soft CID

Diagnosis: Vaginitis
Ovarian cyst
Plan of Management: Pys infertility & factor
oper

Next Appointment:



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلي حامد الطبي

Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	039284				
	NAME:	Aisha Saleel Almarri				
	LMP:	25-6-24				
	GRAVIDA:	0	PARA:	0	ABORTION:	0
	REASON FOR SCAN: clo pelvic pain					
	+ H/O ovarian cyst					

UTERUS:

☒ NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL STRIP:

☒ NORMAL

THICKENED

ADNEXA:

R OVARY _____ MM X _____ MM

L OVARY _____ MM X _____ MM

Rt ovarian cyst
Lt Normal

OTHER FINDINGS:

IMPRESSION:

Rt ovarian cyst
2.8 x 2.1 cm



DOCTOR SIGNATURE AND STAMP

Dr. Ebtessam Abdullah

شخصية عام (تساء وتوليد)

GP (Obstetrics & Gynecology)

نرخيص رقم 26665

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ فاكس ٤٤٨١٢٧٩٦ - شارع السلام - معينذر الشمالي فيلا رقم ٢٤٧٧٠ (٧٦)
Tel.: 44817651 / 44817652 Fax: 44812796 - Al Salam Street - North Muaitheer Villa No. 24770 (76)



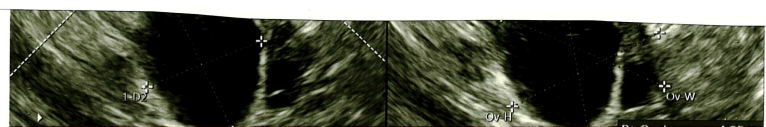
Dr. Leila Hassan Medical Centre

Date of Exam: 22.07.2024 Page: 1 / 6

Exam type:

Name	ALMARRI AISHA SAEED	DOB	01.01.1999	Sex	Female
Pat. ID	039254	Perf. Phys.		Ref. Phys.	
Indication		Sonogr.			
IMP	25.06.2024	Day of Cycle		Gravida	0
Day of stim.		Expected Ovul.		Para	0
				AB	0
				Ectopic	

2D Measurements	Value	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Meth.
Uterus								
Endo Thickness	9.24 mm	9.24						avg.
Left Ovary								
Length	2.93 cm	2.93						avg.
Width	2.34 cm	2.34						avg.
Height	1.94 cm	1.94						avg.
Volume	6.964 cm ³	6.964						
Right Ovary								
Length	4.25 cm	4.25						avg.
Width	3.42 cm	3.42						avg.
Height	3.17 cm	3.17						avg.
Volume	24.125 cm ³	24.125						





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

Pre-Approval Code	: 24090475620-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 22/07/2024 18:03	Approval Date	: 22/07/2024 18:03
Insured Name	: AISHA SAEED JABER ODAIBA ALMARRI		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: AL RAYYAN FOR MEDIA & MARKETING COMPANY	Medical Record No	:
Policy No	: P2109000195-R2	Member Id	: MEM22295330
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 22/07/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Other and unspecified ovarian cysts	Present Illness Dur.	: 4 DAYS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR. EBETSAM ABDULLAH
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Chronic Conditions
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: 20%
Approved By	:	Age / Gender	: 25 Y Female
Other Diagnosis	:		
Past Medical History	: NORMAL		
About Present Illness	: C/O VAGINAL DISCHARGE WITH ITCHING AND SMELLING PELVIC PAIN FOR 4 DAYS		
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

Total Estimated Amount : 360.00
Total Approved Amount : 360.00
Print Date : 22/07/2024 18:06

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 27/ 7/ 2024

New Patient Registration Form

Full Name عايشة عبد المرب الإسم الكامل

Date of Birth 1999 / 2 / 16 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation حامية المهنة

I.D Number 29963400713 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 59961991 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55644457 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number علي المرب رقم هاتف

Address: Building No. 39 Zone No. 81 Street No. 302 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 / أقارب

☐ 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 039254

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: 24-7-29

ملف رقم: 039254

التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم 832
License No. 832

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: حاجة صبري

التاريخ: 24-7-22

ملف رقم: 539254

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29963400713

الرقم:

D.O.B. 16/02/1999

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

17/09/2028

الصلاحية:



الإسم: عائشه سعيد جابر عضييه المري

Name: AISHA SAEED J O AL-MARRI

منطقة 81 - شارع 456 - مبنى 16

العنوان:

Serial No:

7172911819182507

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، عائشة عبد المبرك، الموقع أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلي 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 عبد المبرك
رقم الملف: 009254
رقم الجوال: 59961991
التاريخ: 22.07.24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: [Signature]

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. ليلي حامد الطبي د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 29 JUL 2024 التاريخ:
Patient's name: Aisha Saeed. اسم المريض:
File No.: 039 254. رقم الملف:
Age: 24 yrs. العمر: 24 yrs. + Vag.

Rx

Gen lip vaginal penance

خمسة عشر يومين كل يوم

Duphaston tab.

عصا صلب ٢٠٠ ملجم، ١٠٠ ملجم، ٥٠ ملجم

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 د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

Date: 22 JUL 2024 التاريخ:

Patient's name: Aisha Saeed اسم المريض:

File No.: 039254 رقم الملف:

Age: 24ys العمر: Vaginal

Rx

- Fluconazole cap weekly x 2 wks

- Gynocandazole vag. ovals 400mg
1x1 x 3d

- Lomexin vag. ovals 1000mg
after 1wk

- Metronidazole vag. pess
1x1 x 3d
wkly

- Flagyl tab 400mg BD x 1wk

- Kenazole cream BD x 1wk

Doctor's signature: _____

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