



File No.:

039645

Nationality:

Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039645
Name: AISHA RASHID MESAAB
QID No: 29463400092 Sex: Female
Mob: 30007220 ADDRESS: MUITHER



Age:

30/10

Marital Status:

6 YRS

s Name:

Fahad Jaber Almarri

one:

Residence Phone:

off and on

SYMPTOMS:

delivered 4 months ago, lactating + Feeding bottles, using 2
Gera Zelle for contraception. c/o lower abdominal pain, back pain
and bad smell with out vaginal discharge or itching / 2 months.
in other clinic gave vaginal supp, but she did not take it.

Medical History: hypothyroid on thyroxine 50

P.H.

Non

F.H.

DM (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs

L.N.M.P July, 2024

Menstrual Habits: was regular, lasting 7 days.

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 3

Abortion 0

Ectopic

LCB 5.2024



all NVDs, a.w



2

EXAMINATIONGeneral Examination: Ht. 158 cm Wt. 75.8 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

Coup, normal ♀ look, normal personal hygiene

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: soft - NAD

Breasts: not done.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. small vulva in actual vulvitis, excessive

Bimanual Exam. frothy creamy red vaginal mucosa

Rectal Exam.

Investigation Requested: AUF ut + normal endomet GA

ovaries both normal?

Diagnosis:

Vulva Vaginitis

Plan of Management:

2 Wks

Next Appointment:

Name : Aisha Rashid Meshaab
Lab. No. : 332454172
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 29463400092
File No. : 039645

Sample Date : 23/09/2024 16:44 PM
Report Date : 25/09/2024 19:02 PM
Doctor references : Dr. Leila Hamid

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	Occasional large gram positive bacilli; Some curved gram variable bacilli; some epithelial cells
WBCs/ LPF	Few

Isolation Organisms:

(1) No Growth

Modifier : No Growth

Antibiotics	(1)No Growth	MIC
-	-	

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

Assessment of Gram stain is based on Nugent Scoring System
Nugent Score = 5, which is considered indeterminate for Bacterial Vaginosis. Vaginal smear gram stain shows altered vaginal flora.

Please correlate clinically.

Reviewed By:

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

Dr. Hisham El Banawy
Consultant



Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	639645	
	NAME:	Aisha Rashid	
	LMP:	Lactationd Amenorrhoea .	
	GRAVIDA:	PARA:	ABORTION:
		3	0
	REASON FOR SCAN:		
			pelvic pain / 2 months - backache

UTERUS:

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL LINING:

NORMAL

THICKENED

ET 4.0 mm

ADNEXA:

RT OVARY 28 MM X 16 MM X 26 MM

LT OVARY 21 MM X 13 MM X 10 MM

OTHER FINDINGS:

FFCDS:

YES

NO



OVRIAN.CYST

SIZE

X

X

MM

No

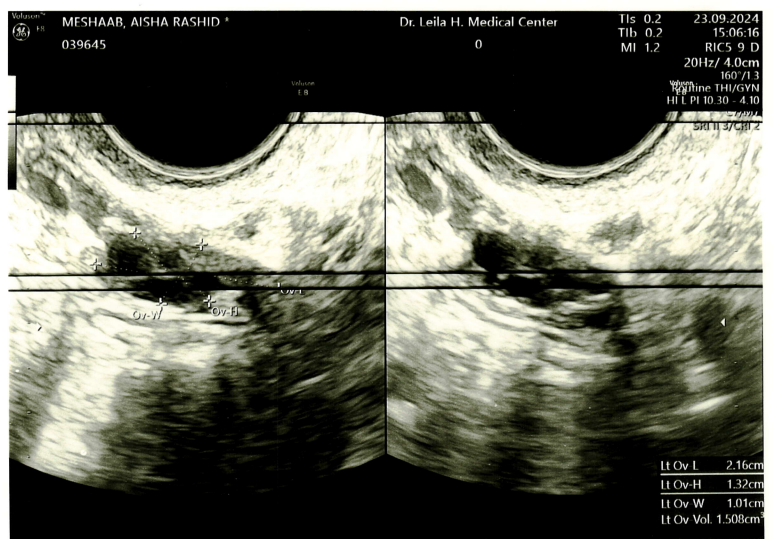
IMPRESSION:

- Normal u/s findings



DOCTOR SIGNATURE AND STAMP

23 SEP 2024



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

Pre-Approval Code	: 24090690237-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 24/09/2024 10:51	Approval Date	: 24/09/2024 10:51
Insured Name	: AISHA RASHID MESHAAB		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: Qatar Energy	Medical Record No	:
Policy No	: P2109000180-R2	Member Id	: MEM21209326
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 23/09/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Acute vaginitis	Present Illness Dur.	: 2 MONTHS
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	: 30 Y Female
Other Diagnosis	: R10.2 - Pelvic and perineal pain		
Past Medical History	: PARA 3 + 0 DELIVERY VAGINAL ON MAY 2024		
About Present Illness	: C/O PELVIC PAIN SMELLY VAGINAL DISCHARGE FOR 2 MONTHS REASON FOR SCAN PELVIC PAIN WITH BACKACHE		
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 : 24/09/2024 10:51

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.

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: Aisha Meshaan

التاريخ: 23-9-2024

ملف رقم: 039645

التوقيع:

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



Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name Aisya Mesher الإسم الكامل

Date of Birth 8-1-1999 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation..... المهنة

I.D Number..... 29463400042 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home)..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 30007220 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقراب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 124 Zone No. 55 Street No. 980 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 039645

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلي حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، Aisha، الموقعة 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: Aisha

رقم الملف: 039645

رقم الجوال: 20007220

التاريخ: 23.09.24

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

[Signature]

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: _____



شركة الحياة الطبية والتأمين الصحي
QLM Life & Medical Insurance Company

QatarEnergy Health Insurance

Policy No : P2109000180
Eff. Date : 01/01/2022
Name : AISHA RASHID MESHAAB
Civil Id : 29463400092 Emp ID : DKN 2111
Mem No : MEM21209326 QP KEY : 000211100002

قطر

State of Qatar ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No 29463400092 الرقم

DOB 08/01/1994 تاريخ الميلاد

Nationality QATAR / قطريه الجنسية

Date of expiry 19/07/2033 الصلاحية



الاسم: عائشة راشد فهد سالم مشعاب

Name: AISHA RASHID F S MESHAAB

Toll Free 8000880, Outside Qatar: +97444533666, email: qlm_medical@qlm.com.qa

International Providers:

Country / Region	Global Partner	Contact details
UK / ww	healix	Tel: + 44 208 763 3174
USA	UnitedHealth Group	Tel: + 1 844 265 8326
EUROPE	PREMIER HEALTHCARE	Tel: + 49 40 537 976665
EUROPE	MEDIGO	Tel: + 49 32 211 001674
MENA	NEXTCARE	Tel: + 974 4434 1057
LEBANON	Swan	Tel: + 961 3 770 533
INDIA	Paramount Health	Tel: + 91 22 4000 4216/ 228/ 234

منطقة 55 - شارع 980 - مبنى 124

Serial No 113213052015A127

العنوان:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

