



File No.: 039392

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039392
Name: AMERA FARAJ ALMARRI
QID No: 30168200426 Sex: Female
Mob: 33599888 ADDRESS: AIN KHALID



Age: 22 y/o

Marital Status: Single

and's Name:

le Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

episode of vulval itching
Bad continuous whitish vaginal discharge
not offensive - currently not itchy

Medical History:

medically free

P.H. - Rt Breast lumpectomy
- G-Steril 2022 F.H. HTN Feb 2022

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 y-s

L.N.M.P

1/8/24

Menstrual Habits:

Regular every month - 4 days

Menstrual Symptoms:

NOT Suffered

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm

Wt. 56.6 Kg BMI

Kg/m² Bp 100/80 mm Hg

well - co-operative

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD - Apend From ? RIF small well defined

Breasts:

NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

inspection only - NAD
No abnormal discharge seen

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

? Bacterial vaginosis

Plan of Management:

- oral metronidazole 500 mg 1x3 x5
- undone intimate wash

Next Appointment:

N



Date 17 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل أميرة عرج المري

Date of Birth تاريخ الميلاد 21 / 11 / 2001

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية 30168200426

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال 33 599888

Emergency Contact Person أقرب الأقارب زوج

Emergency Contact Number رقم هاتف 55111.18

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 3 رقم المنطقة 56 رقم الشارع 760 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 039392

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.

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

اسم المريض / المريضة: **أصير هرج الهري**

التاريخ: **17-8-24**

ملف رقم: **039392**

التوقيع:



ALKOOT GLOBAL CARE
Health Insurance Membership

AlKoot
INSURANCE & RE-INSURANCE
الكوت للتأمين و إعادة التأمين

Name : **AMERAH FARAJ A ALMARRI**

Alkoot ID : **11 0126 696 02** Policy No : **AK/HC/00143/1/1**

Company : **QATAR SHELL**

Policy Issue Date : **27/04/2024** Membership Level : **Elite**



* 1 1 0 1 2 6 6 9 6 0 2 *

**State of Qatar
ID. Card**



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: **30168200426** الرقم:

D.O.B. **21/11/2001** تاريخ الميلاد:

Nationality: **SAUDI / سعودية** الجنسية:

Date of expiry: **09/06/2029** الصلاحية:



الإسم: **أميره فرج عبد الهادي المري**

Name: **AMERAH FARAJ A ALMARRI**

CONTACT US : اتصل بنا
Toll free: 800 2000 الرقم المجاني: Outside Qatar: +974 40402000 خارج قطر:
Email: customercare@alkoot-medical.com البريد الإلكتروني:

healix
INTERNATIONAL

GlobeMed

VIDAL HEALTH

msd
Medicine for people

Prime Health
Prime Health for Medical Services
برامج خدمات الرعاية الصحية المتميزة

AA INTERNATIONAL INDONESIA

MEDIGO

indus health

PREMIER HEALTHCARE
Germany

AYA

Paramount Health
Your way to good health

Disclaimer: This card is property of Al Koot Insurance & Reinsurance Company. The card is non transferrable and usage of the card is governed by policy terms & conditions under which it is issued. This card is valid at all Provider facilities empanelled by Al Koot and its Partners for availing discounted prices for your treatment. The validity of the card is subject to continued Renewal of the policy. It is used only for identification purpose and not as an authorization to proceed with the treatment or as any guarantee of payment.

منطقة 56 - شارع 760 - مبنى 7

العنوان:

Serial No: **11111206553FA127**

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر د. أميرة فوج المري ، المرفوعة 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: أميرة فوج المري

رقم الملف: 039392

رقم الجوال: 335 99868

التاريخ: 17 AUG 2024

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: أ.م. المري

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: _____

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦ - جوال: ٥٥٨٦٨٥٢٣ / ٥٥٣٤١٤٧٤ شارع السلام - معيذر الشمالي فيلا رقم ٨٠ / ٨٢
Tel.: 44817652 - Fax: 44812796 - Mobile : 55868523 / 55341474 - Al Salam Street - Muaitheer North Villa No. 80 / 82
E-mail: dr.leilamedcenter@gmail.com