



File No.: 039404

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039404
Name: BUTHINA JABER ALABDALLA
QID No: 2936403017 Sex: Female
Mob: 55949001 ADDRESS: ALRAYAN

Age: 30 yrs.

Marital Status: Single

id's Name: —

Phone: —

Residence Phone: —

SYMPTOMS:

CLB vag. discharge & itching. yellowish to greenish 12 days. ass & burning micturition.

Medical History: medically free

P.H. gastric sleeve F.H. FCOMS 2020, Lost 30 kg ± MCHTN.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs

L.N.M.P 02.08.2024

Menstrual Habits: regular. last for 5 days. every month.

Menstrual Symptoms: ass & dysmenorr. Menopause: —

Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 161.5 cm Wt. 66.6 Kg BMI Kg/m² Bp 100/60 mm Hg
cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. NIL

Abdomen: —

Breasts: not examined

PELVIC EXAMINATION: exam. done in presence of nurse Betsy
Speculum Exam. severely reddish vulva & scratching marks. heavy
Bimanual Exam. greenish curdy discharge seen outside vulva
Rectal Exam. swab was taken for CLS. speculum not done.

Investigation Requested:

UG

- Vulval swab.

Diagnosis: Δ severe vulvovaginitis

Plan of Management: pt reassured. tx given.

Next Appointment:

Name : Bothaina Jaber Al-Abdulla
Lab. No. : 332445687
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 29363403017
File No. :

Sample Date : 19/08/2024 16:03 PM
Report Date : 21/08/2024 19:00 PM
Doctor references : Dr. Selma Babiker Ahmed

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 31 Year Sex : Female
Microbiology Unit

Vulval Swab Examination C/S

Test	Result
Vulval Swab Examination	
Gram Stain	Few large gram positive bacilli; Many curved gram variable bacilli; Yeast cells present; some epithelial cells
WBCs/ LPF	Some

Isolation Organisms:

(1) Candida spp

Modifier : heavy growth

Antibiotics	(1)Candida spp	MIC
-	-	

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

Candida spp.: Antimycotic treatment is recommended.
Please correlate clinically.

Reviewed By:

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

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: BUTHAINA

Patient ID: 16

Multistix® 10 SG
Test date 08-19-2024
Time 1:13PM
Operator LAMIS
Test number 2686
Color Yellow
Clarity Clear

GLU Negative
BIL Negative
KET Negative
SG 1.015

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

Pre-Approval Code	: 24090556990-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 19/08/2024 18:14	Approval Date	: 19/08/2024 18:14
Insured Name	: BOTHAINA JABER AL-ABDULLA		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: Qatar Energy	Medical Record No	:
Policy No	: P2109000180-R2	Member Id	: MEM21222048
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 19/08/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in infectious and	Present Illness Dur.	: 2 DAYS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: Dr. Salma Babiker
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Basic
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: NA
Approved By	:	Age / Gender	: 30 Y Female
Other Diagnosis	: N39.0 - Urinary tract infection, site not specified		
Past Medical History	: SINGLE		
About Present Illness	: C/O YELLOWISH VAGINAL DISCHARGE WITH ITCHING AND BURNING MICTURATION FOR 2 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
LAB001	Urine General Test()	1	30.00	30.00	NA	Registered

Total Estimated Amount : 140.00
Total Approved Amount : 140.00
Print Date : 19/08/2024 18:15

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 19/8/24

New Patient Registration Form

Full Name Bothaina Jaber Al-Abdella الإسم الكامل

Date of Birth 27/12/1993 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Engineer المهنة

I.D Number 29363403017 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55949001 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 2 Zone No. 53 Street No. 453 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 [Signature] التوقيع

File Number

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 إجراء 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:

19-8-2024

التاريخ:

039404

ملف رقم:

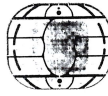
التوقيع :



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29363403017

الرقم:

D.O.B. 27/12/1993

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

02/01/2034

الصلاحية:



الإسم: بشينه جابر مبارك صباح العبدالله

Name: BOTHAINA JABER M S AL-ABDULLA

منطقة 53 - شارع 453 - مبنى 2

العنوان:

11341608481CA127

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلي حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، Bothaina، 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: Bothaina
رقم الملف: 039404
رقم الجوال: 55949001
التاريخ: 14-08-24
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: _____

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

Name : Bothaina Jaber Al-Abdulla
Lab. No. : 332445687
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 29363403017
File No. :
Sample Date : 19/08/2024 16:03 PM
Report Date : 21/08/2024 19:00 PM
Doctor references : Dr. Selma Babiker Ahmed

Branch : Qatar Waab Age : 31 Year Sex : Female
this sample was collected outside lab
Microbiology Unit

Test : Vulval Swab Examination
Result :
Gram Stain : Few large gram positive bacilli; Many curved gram variable bacilli;
Yeast cells present; some epithelial cells
WBCs/ LPF : Some

Isolation Organisms:

(1) Candida spp.

Modifier : heavy growth

Antibiotics	(1)Candida spp	MIC
-	-	-

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

Candida spp.: Antimycotic treatment is recommended.
Please correlate clinically.

Reviewed By:

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

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

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

29 AUG 2324

Date: التاريخ:

Patient's name: Butaina Jaber اسم المريض:

File No.: 039404 رقم الملف:

Age: 30 yrs Δ vulvovaginitis العمر:

Rx

fluconazole caps 150mg
كبسولة ليف ١٥٠ ملجم
مرة واحدة

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

29 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Butaina Jaber اسم المريض:

File No.: 039404 رقم الملف:

Age: 30yrs Δ vulvovaginitis العمر:

Rx

fluconazole caps 150mg
كبسولة ليفو ١٥٠ مجم
١٠٠ - ١٥٠

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. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم : ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

27 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Butkhina Jabel اسم المريض:

File No.: 039404 رقم الملف:

Age: 30yr she want's to delay period العمر:

Rx

Primulot N. tabs 5mp

٥ أقراص ١ مرة في اليوم

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523



Prescription وصفة طبية

Nº

QLM

19 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Burkhina Tabet اسم المريض:

File No.: 039404 رقم الملف:

Age: 30 yrs Δ severe vulvovaginitis العمر: UTI

Rx

- Bonella, vag-wash 00

- protogyn tabs (8)

مع قارب ماء ص ١. عب ١. مع

- Dakta cort cream

مع قارب ماء ص ١. عب ١. مع

- Kenazole cream

مع قارب ماء ص ١. عب ١. مع

- ciprofloxacin tabs 500mg (10)

bid / 5d

- D. mannosae sachets (14)

bid / 1w

Doctor's signature: