



File No.: 039656

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039656
 Name: DALIA FATH ALALEEM ABDALHAMEED
 QID No: 29173602278 Sex: Female
 Mob: 55744887 ADDRESS: ALGARAF



Age: 33 y.o

Marital Status: 11 yrs.

Name: Amar Babiker Abdulla

Residence Phone:

SYMPTOMS:
 lower abdominal pain / 2 wks. use IUD Contraceptive method
 (1 year ago) - want to check her loop.

Medical History: Non P.H. Non F.H. HTN (F)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs. L.N.M.P. 5-9-24
 Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 9 days (large amount)
 Menstrual Symptoms: Menopause:
 Parity: P III Abortion II Ectopic LCB 1 yrs 3 mon

**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 172 cm Wt. 68 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

normal ♀ look, coop, educated

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: normal looking

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. wide introitus, white discharge, thread

Bimanual Exam. 3mm - ex utero ±, ut not tender

Rectal Exam. loop manipulated.

Investigation Requested:

loop not well positioned - incomplete whole
 length - picture.

Diagnosis: Loop check up.

Plan of Management: 1

Next Appointment:

Name : **Dalia Fathelalim Abdelhalim Ayed**
Lab. No. : **332454668**
Contract. : **Al Koot Insurance**
Patient No. : **29173602278**
File No. : **039 656**

Sample Date : **25/09/2024 13:23 PM**
Report Date : **25/09/2024 15:50 PM**
Doctor references : **Dr. Leila Hamid**

this sample was collected outside lab

Branch : **Qatar Waab** Age : **33 Year** Sex : **Female**

Haematology Unit

Complete Blood Count - (CBC)

Test	Result	Unit	Ref. Range
Hemoglobin Level			
Hemoglobin	11.1	L g/dL	12 - 15.5
Hematocrit	34.7	L %	34.9 - 44.5
Red cell Count And indices			
Red cell count	4.62	x10 ¹² /L	3.9 - 5.03
MCV	75.1	L fL	81.6 - 98.3
MCH	24.0	L pg	26.5 - 32.6
MCHC	32.0	g/dL	32 - 36
RDW	13.0	%	11.9 - 15.5
Leucocytic count (Total and Differential)			
Total Leucocytic Count	4.28	x10 ⁹ /L	3.6 - 10.5
Basophils absolute count	0.07	x10 ⁹ /L	0 - 0.2
Eosinophils absolute count	0.08	x10 ⁹ /L	0.01 - 0.5
Neutrophils absolute count	1.80	x10 ⁹ /L	1.7 - 7.5
Lymphocytes absolute count	1.89	x10 ⁹ /L	0.9 - 3.2
Monocytes absolute count	0.44	x10 ⁹ /L	0.2 - 1
Platelet Count			
Platelet Count	332	x10 ⁹ /L	150 - 450

Comments

There is mild microcytic hypochromic anemia for age & sex.

Reviewed By:

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

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

Verified By : Heidi Baul
Printed By: System

Page 1 Of 1

PM :Printed Date 16:59 25/09/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

All Rights Reserved © National Technology

039656

وزارة الصحة العامة
Ministry of Public Health
دولة قطر - State of Qatar



"e-Jaza" – "Sick Leave"	إجازة – "إجازة مرضية"
Dr. LEILA H MEDICAL CENTER	

Ref No. / Order Id : 20808860
Date : Sep 25, 2024

Patient Details

بيانات المريض

QID / Passport No. 29173602278 رقم البطاقة الشخصية/ جواز السفر
Name DALIA FATHELALIM ABDELHALIM AYED الاسم
Place of Work METCO CARE HEALTH SERVICES مكان العمل

Primary Diagnosis :

شخيص المبدئي :

PELVIC PAIN AND LOOP CHECK UP TODAY.

Unfit For (1) day(s)

غير لائق لمدة (1) يوم/أيام

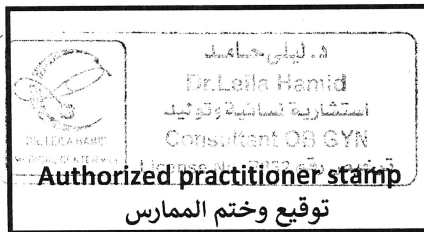
From 25/09/2024 to 25/09/2024

من 25/09/2024 إلى 25/09/2024

Practitioner Details

بيانات الممارس

Name Laila Hamid Hassan الاسم
Licence No. P832 ترخيص الطبي
Scope of Practice Obstetrics & Gynecology نطاق العمل



Notes

- Certificate is valid only if it is signed and stamped by the concerned healthcare practitioner and facility
- Certificate is invalid if any corrections are made, Please scan QR Code for checking details.
- Certificate is issued at patient's request.
- Certificate must be submitted to patient's organization within 7 days.
- Document number (QID/Passport no.) should correspond to the patient
- Residents and nationals should provide a QID no. otherwise sick leave is invalid.

PRE-APPROVAL / DIRECT BILLING CLAIM FORM

Provider Name : DR LEILA HAMID MEDICAL
CENTER
Provider License No. : 1122
Contact No. : 044817651

Provider Location : Muaither 53
FAX No. :

Patient Name : DALIA ABDELHALIM AYED
Al Koot ID No. : 11015366302
Date of Birth : 29-03-1991
Policy Holder Name : AK/HC/00158/1/2

Qatar ID : 29173602278
Gender : ☐ Male ☒ Female
Company Name : MALOMATIA

Name of the Treating Doctor : Dr. Leila Hamid License No. : P832

Benefit Type : ☒ OP ☐ IP ☐ Day Care ☐ Maternity ☐ Dental ☐ Optical

Date of Admission/Treatment : 25.09.24 Date of Discharge (for IP):

Details of Presenting Complaints (also provide any relevant past history with duration):

Vaginal disch.
& Pelvic pain

Diagnosis:

Vaginitis + vaginitis

Treatment Type : ☐ Emergency ☐ Elective Date of First Consultation :

Nature of Conception : ☐ Natural ☐ Assisted Date of LMP: 5/9/24

Treatment Details (please provide internal codes also): Total Requested Amount (QAR):

① Gyno-candazole vaginal pessaries
② Ferfer or Ferrosom sticks ③ CBC

Declaration:

I hereby authorize any Medical providers to give access and provide AlKoot Insurance or any of AlKoot affiliates with all my or my family health records including copies with no exception regardless of the previous Payer/insurer. I agree that a copy of this consent shall have the validity of original.

Patient's Signature with Date :

557 4488-7
We hereby declare that the information furnished in this PreApproval request form is true & correct to the best of our knowledge. If we have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact, our right to claim shall be forfeited.

Treating Doctor Signature with Stamp :

Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية ووليد
Consultant OB GYN

Al Koot Insurance & Reinsurance Company (Licensed by the Qatar Central Bank) P.O.Box 24563, Doha-Qatar.

For any further clarifications or complaints procedure guide, please use the below contact details
Call: (+974) 800 2000; Email: customercare@alkoot-medical.com; Website: www.alkoot.com.qa

For Lab & Medicine only

Date 25 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Dalia Fatheliam Abdelhalem Ayed الإسم الكامل

Date of Birth 29/3/1991 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Pharmacist المهنة

I.D Number 29173602278 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 3356 9995 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55744887 رقم الجوال

Emergency Contact Person Amman babiker Abdulhalem أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 3356 9995 رقم هاتف

Address: Building No. 26 Zone No. 51 Street No. 693 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 د. ليلى التوقيع

File Number 039656



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: د. ليلى حامد عبد الكريم طاهر

التاريخ: ٢٠٢٤/٩/٢٥

ملف رقم: ٥٣٩٦٥٦

التوقيع: د. ليلى

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

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29173602278 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 29/03/1991 تاريخ الميلاد:
Expiry: 30/10/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: ربة منزل المهنة:

الاسم: داليا فتح العليم عبدالحليم عايد

Name: DALIA FATHELALIM ABDELHALIM AYED



Passport Number:

P11286691

Passport Expiry:

24/11/2033

Serial No:

30929173602278

Residency Type:

عائلية

Employer:

عمار بابكر عبد الله محمد

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة

Holder's signature

داليا



رقم جواز السفر:

تاريخ انتهاء الجواز:

الرقم الممثل:

نوع الرخصة:

المستقدم:





الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، د. ليلى حامد الطبي الموقع 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 المريض: د. ليلى حامد الطبي
رقم الملف: 039658
رقم الجوال: 55744887
التاريخ: 25. 09. 24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

د. ليلى التوقيع:

for Lab & medicine only.

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. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١/٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

25 SEP 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Dalia Tath al nahoem: اسم المريض:

File No.: 039656: رقم الملف:

Age: 33yr: العمر:

Anemia
+ Vaginitis

Rx

Ferosom or Ferfer sticks
ظرف يومياً لمدة ١٠ أيام

Gynocandizolo vaginal pessaries
٣
٤٠٠-٨
خمسة كريات في اليوم لمدة ١٠ أيام

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523