

First marriage for both



File No.: 039015

Nationality: JEM

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039015
Name: FATIMA ABDULRAB MOHSEN
QID No: 29188600136 Sex: Female
Mob: 77774843 ADDRESS: ALKHESSA

Age: 32 yrs

Marital Status: 10 yrs

Spouse's Name: Hamad Hassan Aldakeel

Mobile Phone:

Residence Phone: 136 yrs

SYMPTOMS:

clt lower abd - pain on + off → 2/12
some time there is B-micturation also feeling of completely evacuate
No abnormal discharge. used on + off coc irregularly (Diane)
mainly has vaginal smears thick (34) D = HPV infection
+ Colposcopy done +
Doha clinic Cervarix vaccine
P.H. Nasal septum plastic surgery + polypectomy one year
F.H. breast cancer colon ca

Medical History:

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 15 yrs

L.N.M.P

19-5-24

Menstrual Habits: Regular monthly for 6 days

Menstrual Symptoms: Normal

Menopause:

Parity: P 1

Abortion 0

Ectopic

LCB 7 yrs

♀

♂

1 NVD

EXAMINATION

General Examination: Ht. 151 cm Wt. 64.3 Kg BMI 28.2 Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

well, coop, normal of look, multi clt

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD - no skin lesion

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex of nulli (look like) some hyperemic

Bimanual Exam. spots + tight ext os., mild medial disch

Rectal Exam. ex smear taken

Investigation Requested: Post repair ± chachine

Lebia, e- some fibrotic collection in both lebia

Diagnosis: Gyne check up, Post ex. conization check up

Plan of Management:

Next Appointment:

GULF LABORATORY & RADIOLOGY

Laboratory Tests | CT Scan | MRI | Ultrasound | X-Ray

Laboratory complies with external Q. C. program (EQAS - USA & RIQAS - UK)



مختبر وأشعة الخليج

تحاليل طبية | الأشعة المقطعية | الرنين المغناطيسي | موجات صوتية | أشعة

المختبر يطبق معايير الجودة الدولية الأمريكية والبريطانية

Pap Smear Report

Patient Name : FATIMA ABDULRAB MOHSEN

File No. : 2538583

Visit No. : ALZ205919

Report No. : 24063455

Ref by Doctor : Leila Hamid

Age : 32 Years

Gender : Female

Identify Type : 29188600136

Sample Date : 09/06/2024

Result Date : 09/06/2024

Liquid-based preparation PAP Smear

Cytological Number: PAP 24/063455

Test requested	: Cervical smear in liquid fixation.
Clinical information	LMP 19/05/2024.
Adequacy	: Satisfactory for evaluation.
Microscopy	: - The squamous cells are superficial and intermediate. - No inflammatory changes. - Negative for: trichomonas vaginalis, candida albicans, actinomyces spp, and herpes simplex virus. - Few normal endocervical glandular, no normal endometrial cells. - No atypical changes
Diagnosis	: Negative for intraepithelial lesion or malignancy. Within Normal.
Recommendation	: No further action is recommended.

Lab Doctor: Dr. Maha Kotrob / P12783

Dr. Maha Fares Kotrob

Laboratory

Medicine/Anatomic Pathology

License No P12783



Our Location



Our Location

GULF LABORATORY & RADIOLOGY

Laboratory Tests | CT Scan | MRI | Ultrasound | X-Ray

Laboratory complies with external Q. C. program (EQAS - USA & RIQAS - UK)



مختبر وأشعة الخليج

تحاليل طبية | الأشعة المقطعية | الرنين المغناطيسي | موجات صوتية | أشعة
المختبر يطبق معايير الجودة الدولية الأمريكية والبريطانية

Pap Smear Report

Patient Name : FATIMA ABDULRAB MOHSEN

File No. : 2538583

Visit No. : ALZ205919

Report No. : 24063455

Ref by Doctor : Leila Hamid

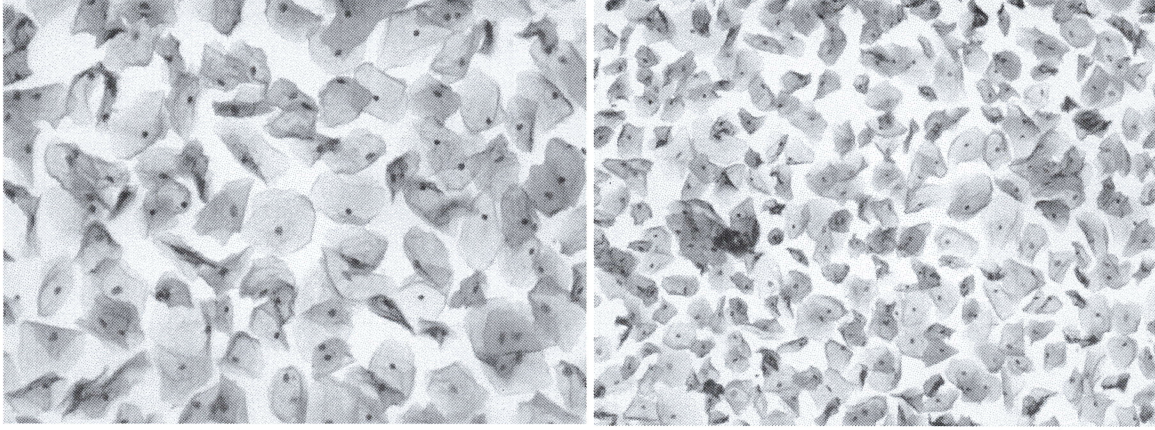
Age : 32 Years

Gender : Female

Identify Type : 29188600136

Sample Date : 09/06/2024

Result Date : 09/06/2024



Note: All slides are kept for 5 years after the date of reporting.

Lab Doctor: Dr. Maha Kotrob / P12783

Dr. Maha Fares Kotrob
Laboratory
Medicine/Anatomic Pathology
License No P12783





PAP Smear REQUEST

Patient Name: <u>Fatima Abdurab</u>	Patient QID: _____	Patient File No: <u>039015</u>
Nationality: <u>Yem</u>	Age: <u>32y</u> Gender ☐ M ☒ F	Date of Request: <u>8/6/24</u>
Tel/Mobile No.: <u>7777 4843</u>	E-mail: _____	
Patient Clinical Data: <u>Previous cervical lesion & cone biopsy</u>	Married? ☐ YES ☐ NO	Children No: <u>P.A.O</u>

Sample obtained by:

☐ Ayres Spatula☐ Brush☒ Liquid-based Cytology

Smear Site:

☐ Cervix☐ Endocervix☐ Endometrial Aspiration☐ Labia☐ Vaginal Vault☐ Vaginal Wall☐ Vulva

Menstrual State:

☐ Post Menopausal☐ Post Partum☐ Pregnant

HPV Vaccination?

☐ YES ☐ NOLMP : 19 Day 05 Month 2024 Year

Current Hormone Use:

On Hormone?

☐ YES ☒ NO

For Contraception

☐ YES ☒ NO

For Therapy

☐ YES ☒ NO

Estrogen & Progesterone

☐ YES ☒ NO☐ Estrogen Only☐ Progesterone Only

Other Medication (Specify): _____

Other relevant information:

Abnormal Bleeding

☐ YES ☒ NO

Suspicious Lesion

☐ YES ☒ NO

Using IUD

☐ YES ☒ NO

Previous Uterine Procedures:

☐ Bite Biopsy☐ Cryotherapy☐ Endometrial Biopsy☐ Leep☐ Colposcopy☐ Electrocautery☒ Cone Biopsy☐ Laser

Hysterectomy:

☐ Subtotal (uterus removed, cervix remain)☐ Total (uterus & cervix excised)

Date conducted: _____ Day _____ Month _____ Year

Prior Malignancy

☐ YES ☐ NORequesting Physician Signature & Stamp: Dr. Leila HamidDate of Procedure: 08/06/2024

Procedure Done By (Name & Signature): _____



Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

Patient ID: FATIMA
039015
12

Multistix® 10 SG
Test date 06-08-2024
Time 1:36PM
Operator LAMIS
Test number 2260
Color Yellow
Clarity Clear

GLU Negative
BIL Negative

Date 8 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Fatima Abdulrah Mahsen الإسم الكامل

Date of Birth 24-11-1991 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation call center specialist المهنة

I.D Number 29188600136 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 77774843 رقم الجوال

Emergency Contact Person Hamad Hassan Al-Dalil أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66669819 رقم هاتف

Address: Building No. 17 Zone No. 70 Street No. 663 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 039015



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.

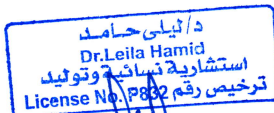
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: Fatima Abdulrab Mohsen.

التاريخ: 8-6-2024

ملف رقم: 039015

التوقيع: 



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29188600136

الرقم الشخصي:

D.O.B: 24/11/1991

تاريخ الميلاد:

Expiry: 18/11/2026

الصلاحية:

يمينية

الجنسية:

Nationality: YEMEN

Occupation: ربه منزل

المهنة:

الإسم: فاطمه عبدالرب محسن



Name: FATIMA ABDULRAB MOHSEN

Passport Number: 07305232

رقم جواز السفر:

Passport Expiry: 22/04/2024

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No: 30929188600136

الرقم المسلسل:

Residency Type: عائلية

نوع الرخصة:

Employer: حمد حسن علي عبدالله الدليل

المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات

توقيع حامل البطاقة

General Director of the General
Directorate of Passports

Holder's signature



اتصل بنا: CONTACT US

تولف قطر: 800 2000 الرقم المجاني: Toll free

البريد الإلكتروني: Email: customercare@alkoot-medical.com

healix
INTERNATIONAL

عالمية
GlobeMed

VIDAL HEALTH

mso
medical services organisation
healthcare risk manager

ALKOOT GLOBAL CARE
Health Insurance Membership

AlKoot
INSURANCE & REINSURANCE
الكوت للتأمين وإعادة التأمين

Prime Health
Prime Health for Medical Services
مركز خدمات الخدمات الطبية المتقدمة

AA INTERNATIONAL
INDONESIA

MEDIGO

Name : FATIMA ABDULRAB MOHSEN

Alkoot ID

: 11 0146 224 01 Policy No : AK/MC/00153/0/1

Company

: QATAR UNIVERSITY

Policy Issue Date

: 24/10/2022 Membership Level : Elite

indus health



PREMIER HEALTHCARE
Germany



Disclaimer: This card is property of Al Koot Insurance & Reinsurance Company. The card is non transferable 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.



* 1 1 0 1 4 6 2 2 4 0 1 *

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلي حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، _____، 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: Fatima Abdulrab.
رقم الملف: 039015
رقم الجوال: 77774843
التاريخ: 08 JUN 2024
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

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 Muaitheh
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

08 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Fatima Abdurrahman اسم المريض:

File No.: 039015 رقم الملف:

Age: 32 Y.S / vaginal العمر:

Rx

- Gyno Candizole vaginal syff 400g (5)
نخلة لاجل د ليلة ليلية (5) ليل

Doctor's signature:

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