



File No.: 039293

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039293
Name: NOOF MOHAMED ALABDALLA
QID No: 29463404785 Sex: Female
Mob: 30171111 ADDRESS: R. ALHAMAM

Age: 29 years

Marital Status: 10 yrs

's Name: Jassim Ali Almejali

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

c/o: vaginal discharges, no itching, no bad odor. also vaginal pain
stop lactation, use bottle feeding only. want IUD for Contraception.
no urinary symptoms.

Medical History: Non

P.H. Non

F.H. DM (M)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years

L.N.M.P. 7-7-24

Menstrual Habits: regular, every 28 days lasting 7 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 4

Abortion 5

Ectopic

LCB 28-12-23

♀

All NVDs, a-w.

♂

3 of them evacuated surgically -
N.B.W.R.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 68.1 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

COP, normal ♀ look. Normal built

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: NAD.

Breasts: no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Smelly vulva, no actual discharge seen

Bimanual Exam. mild white-yellow disch. c/o of multi.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Not indicated

Diagnosis: Vulva vaginitis ? B.V.

Plan of Management: HUS taken
for loop insertⁿ after period

Next Appointment:

Name : Nouf Mohamed Alabdulla
Lab. No. : 332442239
Contract. : Al Koot Insurance
Patient No. : 29463404785
File No. : 039293

Sample Date : 31/07/2024 15:52 PM
Report Date : 03/08/2024 09:43 AM
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	Some large gram positive bacilli; Few curved gram variable bacilli; Occasional gram positive cocci in single; some epithelial cells
WBCs/ LPF	Few

Isolation Organisms:

No pathogenic organisms isolated.
Gram Positive bacteria observed by direct examination are normal commensals.

Assessment of Gram stain is based on Nugent Scoring System
Nugent Score = 2, which is considered negative for Bacterial Vaginosis

Please correlate clinically.

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Antomical & Clinical Pathology
Dr. Hisham El Banawy
Consultant

شهادة حضور

الاسم : د. ليلي حامد الحيدري

العمر : ٤٩ سنة

السيدة / الأختة د. ليلي حامد حضرت

للعيادة يوم السبت الموافق 03 SEP 2024 للعلاج المتابعة

ما بين الساعة ٥:٠٠ - ١:٠٠ صباحا والساعة ١٢:٠٠ - ١:٠٠ ظهرا وهذه شهادة لمن
يهمة الأمر.

03 SEP 2024

حررت الشهادة يوم

التوقيع

الأستاذة الدكتورة / ليلي حامد





Date 31 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name نويف محمد العبدالله الإسم الكامل

Date of Birth 14/12/1994 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation مديرة الرعاية الصحية المهنة

I.D Number 29463404785 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 30171111 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 31 Zone No. 70 Street No. 1042
العنوان: رقم البناء رقم المنطقة رقم الشارع

How did you hear about our Center
☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب
من أين سمعت عن مركزنا؟
☐ 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 039293

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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: نوف محمد

التاريخ: 317-24

ملف رقم: 039293

التوقيع: _____

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29463404785

الرقم:

D.O.B. 14/12/1994

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

20/11/2031

الصلاحية:



الإسم: نواف محمد صقر همام العبدالله

Name: NOUF MOHAMED S H AL-ABDULLA

ALKOOT GLOBAL CARE
Health Insurance Membership

AlKoot
INSURANCE & REINSURANCE
الكوت للتأمين و إعادة التأمين

Name

: NOUF MOHAMED AL-ABDULLA

Alkoot ID

: 11 0209 959 02

Policy No : AK/HC/00205/0/1

Company

: BARZAN HOLDING

Policy Issue Date

: 05/03/2024

Membership Level: Elite



* 1 1 0 2 0 9 9 5 9 0 2 *

منطقة 37 - شارع 925 - مبنى 10

العنوان:

43565A1033102482

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

Handwritten signature

Handwritten signature



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، نوف العبدالله، الموقعة 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: نوف العبدالله

رقم الملف: 039293

رقم الجوال: 3017111

التاريخ: 31.07.24

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: _____

Name : Nouf Mohamed Alabdulla
Lab. No. : 332442239
Contract. : Al Koot Insurance
Patient No. : 29463404785
File No. : 039299

Sample Date : 31/07/2024 15:52 PM
Report Date : 03/08/2024 09:43 AM
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	Some large gram positive bacilli; Few curved gram variable bacilli; Occasional gram positive cocci in single; some epithelial cells
WBCs/ LPF	Few

Isolation Organisms:

No pathogenic organisms isolated.
Gram Positive bacteria observed by direct examination are normal commensals.

Assessment of Gram stain is based on Nugent Scoring System
Nugent Score = 2, which is considered negative for Bacterial Vaginosis

Please correlate clinically.

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Antomical & Clinical Pathology
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. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

31 JUL 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Noof Mohammed اسم المريض:

File No.: 039293 رقم الملف:

Age: 28 yrs is vulvovaginitis العمر:

Rx

Bonella vag. wash

Protogyn tabs (8)

٨ قرص بروتوگین

Vaginal pessaries (7)

٧ دواء فمالية

Kenazole cream

مضاد فطري كريم

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523