



File No.: 039122

Nationality: ①

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039122
Name: NOORA HUSSEIN ALAHBABI
QID No: 29763401691 Sex: Female
Mob: 50088040 ADDRESS: ALMERADH

Age: 27 yrs

Marital Status: Single

band's Name:

obile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

• Lower abdominal Pain / 3 months
Persistent cricky - occasional offensive
vaginal discharge - Heavy - No Burning micturition
but smelly.

Medical History: A PCO ??

P.H. Rt eye surgery F.H. Cataract
Cataract

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 15 Y-S

L.N.M.P 21-6-24

Menstrual Habits: Regular every 30 days - 4 days

Menstrual Symptoms: Scanty Period Menopause:

Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 162 cm Wt. 66.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80mm Hg

Coop, normal ♀ look, no face ache or hirsutism

Chest, C.V.S. NAT

Abdomen: fatty

Breasts: small & apart

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. Single

Rectal Exam.

Investigation Requested: AVF ut & mic triple line 7mm

Rt ov - e mic follicle 20mm

Lt ov NLS Hecdy

Diagnosis: Gynae check up, Free

Plan of Management: ovulating

Next Appointment:

مركز د. ليلى حامد الطبي

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلى حامد الطبي

Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	039122	
	NAME:	NOORA HUSSEIN ALAHRABI	
	LMP:	21.6. 2024	
	GRAVIDA:	PARA:	ABORTION:
	SINGLE		
REASON FOR SCAN:			
Pelvic pain chronic Vaginal disch.			

UTERUS:

D10 Uls

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL STRIP:

trace NORMAL triple line THICKENED
7mm

ADNEXA:

free

R OVARY 31 MM X 28 X 25 MM

L OVARY 31 MM X 15 X 24 MM

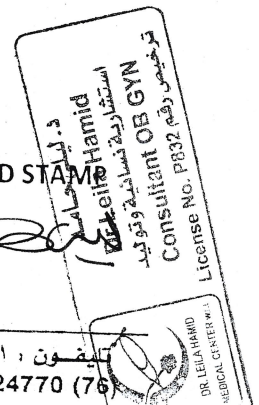
OTHER FINDINGS:

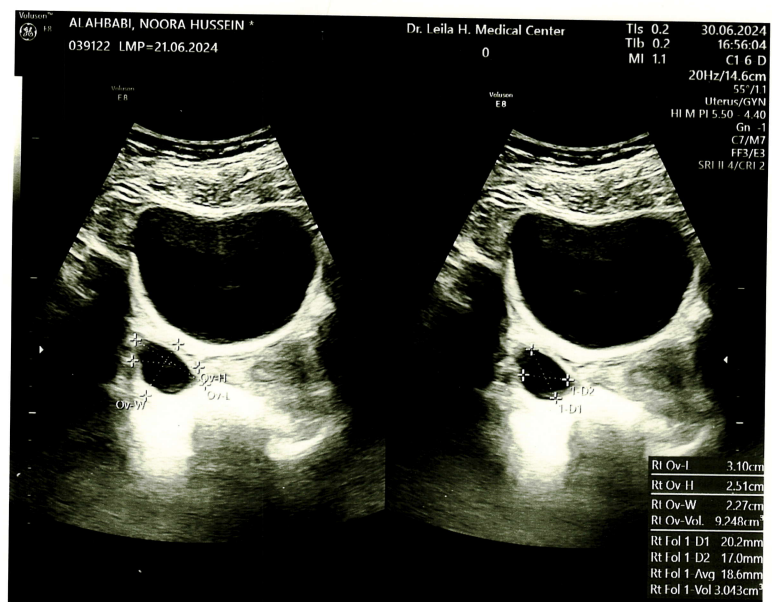
free fluid in Cul de sac
+ trace follicle in Rt OV. 20mm.

IMPRESSION:

Normal Uls finding
+ ovulating normally

DOCTOR SIGNATURE AND STAMP





Date 30 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. 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 039122

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.

استلم

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

اسم المريض / المريضة: سورة عبد الله

التاريخ: 30-6-2024

ملف رقم: 039122

التوقيع: [Signature]

د. ليلي حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم 832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29763401691

الرقم:

D.O.B: 04/05/1997

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 26/09/2027

الصلاحية:



الاسم: نوره حسين علي عامر الاحبابي

Name: NOORA HUSSAIN A A AL-AHBABI

منطقة 53 - شارع 627 - مبنى 3

الضنوان:

Serial No 535826000948320F

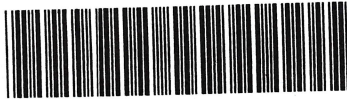
الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

[Signature]

[Signature]



GLOBAL CARE
Insurance Membership

AlKoot
INSURANCE & REINSURANCE
الكوت، زل، ائسي و اعاده التأمين

Name : NOORA HUSSAIN AL-AHBABI

Alkoot ID : 11 0086 974 01 Policy No : AK/MC/

Company : QATAR OLYMPIC COMMITTEE

Policy Issue Date : 01/12/2020 Membership



* 1 1 0 0 8 6 9 7 4 0 1 *

اتصل بنا : CONTACT US

Toll free: 800 2000 الرقم المجاني: 800 2000

Outside Qatar: +974 40402000 خارج قطر

Email: customer@alkoot-medical.com البريد الالكتروني:

healix

GlobeMed

VIDAL HEALTH

mso

Prime Health

AA INTERNATIONAL INDONESIA

MEDIGO

indus health

PREMIER HEALTHCARE Germany

AXA

Paramount 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.

[Signature]

الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، _____، 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: Neer Al-habib
 رقم الملف: 039122
 رقم الجوال: 5088040
 التاريخ: 30.06.24
 تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: 

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: _____