



File No.: 039195

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039195

Name: NOON MOHAMED NOUR

QID No: 29673600512 Sex: Female

Mob: 70007729 ADREESS: ALDAFNA



Age: 28 yrs

Marital Status: Single

Band's Name:

File Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- C/O: excessive facial hair, 1 as case of PCOS for 2 years after reduce her weight her period become regular & one year on metformine and received inj to reduce her weight.

Medical History: not known to have chronic illness. P.H. history of tonsillitis. FH. FH of Asthma, no FH of DM or HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 years

L.N.M.P 14-6-24

Menstrual Habits: irregular for 2 years, 5 days

Menstrual Symptoms: mild dysmenorrhoea + severe back pain Menopause:

Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 165 cm Wt. 89.1 Kg BMI 32.5 Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

C/C, normal female look, beard & moustache, face acne

Chest, C.V.S. N/A

Abdomen: N/A fatty

Breasts: no galactorrhoea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested: Small ut & GB endomet: 6mm
ovaries, Rt → small not look up PCO
Lt → one follicle old

Diagnosis:

PCOS & hirsutism.

Plan of Management:

FSH, LH, prolactin testosterone total
DHEA-S

Next Appointment:

Name : Noon Mohamed Nor Zoelnon
Lab. No. : 332444071
Contract. : Al Koot Insurance
Patient No. : 29673600512
File No. :

Sample Date : 10/08/2024 22:13 PM
Report Date : 11/08/2024 09:46 AM
Doctor references : Dr. Salwa Elgaly Musa

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 28 Year Sex : Female

Chemistry Unit

Test	Result	Unit	Ref. Range
Follicular Stimulating Hormone (FSH)	5.48	mIU/mL	Follicular 3.5 - 12.5 Midcycle 4.7 - 21.5 Luteal 1.7 - 7.7 P. Menopause 25.8 - 134.8
Lutenizing Hormone (LH)	6.72	mIU/mL	Follicular 2.4 - 12.6 Ovulation 14.0 - 95.6 Luteal 1.0 - 11.4 P.Menopause 7.7 - 58.5
Prolactin	17.06	ng/mL	4.79 - 23.3

Comments

Vitamin Intake especially Biotin (Vitamin B7) can interfere with the prolactin result, patient must stop vitamin intake 24 hours before prolactin test.

The release of prolactin is promoted physiologically by suckling and stress. In addition, elevated serum prolactin concentrations are caused by a number of pharmaceuticals (e.g. dibenzodiazepines, phenothiazine), TRH and estrogen.

Testosterone (Total)	0.265	ng/mL	0.084 - 0.481
DHEA-S	195.9	ug/dl	95.8 - 511.7

Reviewed By:

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

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

بسم الله الرحمن الرحيم

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلى حامد الطبي

Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	039195	
	NAME:	NOON MOHAMED	
	LMP:	14.6.2024	
	GRAVIDA:	PARA:	ABORTION:
	SINGLE		
	REASON FOR SCAN:	Hirsutism	

UTERUS: AVF, small uterus

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL STRIP: 7.8

CB

NORMAL

THICKENED

ADNEXA:

R OVARY 3.1 MM X 1.77 MM X 2.26

L OVARY 3.9 MM X 2.9 MM X 2.8

OTHER FINDINGS: Ut. small, ovaries

look & poor reserve not

IMPRESSION:

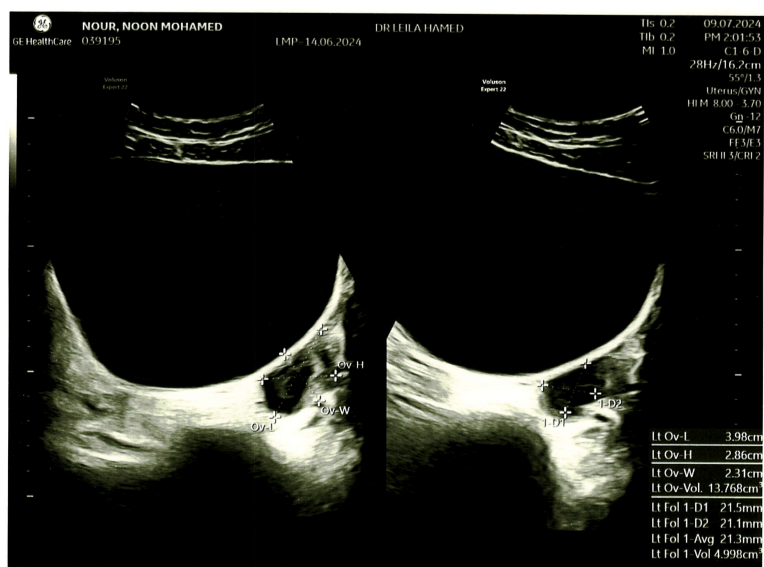
typical for PCO



DOCTOR SIGNATURE AND STAMP

[Signature]





Left Ovary

Length 3.98 cm 3.98

Width 2.31 cm 2.31

avg.

avg.

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 : NOON MOHAMED NOR ZOELNON
 Al Koot ID No.: 11022976501
 Date of Birth : 13-01-1996
 Policy Holder Name : AK/HC/00213/0/1

Qatar ID : 29673600512
 Gender : ☐ Male ☒ Female
 Company Name : QATAR MUSEUM AUTHORITY (QMA)

Name of the Treating Doctor : Dr. Salwa Elgaly License No. : P15348

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

Date of Admission/Treatment : 10-08-24 Date of Discharge (for IP):

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

Excessive Facial hair & irregular menstrual cycle.

Diagnosis:

PCOD with hirsutism

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

Nature of Conception : ☐ Natural ☐ Assisted Date of LMP: 09/08/2024

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

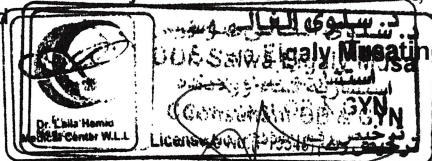
FSH, LH, Progesterone, Testosterone total, DHEAS

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 : 70007729

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 :

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

Lab only - for tracking only



Date 8 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name نون محمد نور ذوالنون الإسم الكامل

Date of Birth 3/1/1996 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation مديرة برامج أكاديمية المهنة

I.D Number 29673600512 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70007729 رقم الجوال

Emergency Contact Person 30380870 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 7 رقم المنطقة 63 رقم الشارع 841 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 ذوالنون التوقيع

File Number 039195

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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.

امضاء

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

اسم المريض / المريضة: نوت محمد نور ذوالنون

التاريخ: 9/7/2024

ملف رقم: 039195

التوقيع: ذوالنون

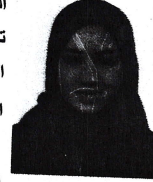
د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم 832
License No. 832

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29673600512 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 13/01/1996 تاريخ الميلاد:
Expiry: 15/04/2026 الصلاحية:
Nationality: SUDAN الجنسية:
Occupation: مرشدة المهنة:



الاسم: نون محمد نور ذوالنون محمود

Name: NOON MOHAMED NOR THOELNON MAHMOUD

Passport Number: P07162929 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 02/10/2025 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 31129673600512 الرقم الممثل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: هيئة متاحف قطر المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



نون ذوالنون

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، نور حمد نور ذوالنون، 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 المريضة: نور حمد نور ذوالنون ✓
رقم الملف: 039195
رقم الجوال: 70007729 ✓
التاريخ: 10.08.24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

نور حمد نور ذوالنون ✓
التوقيع:

* for laboratory

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: _____



الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، نون محمد نور ذوالنون، 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 المريضة: نون محمد نور ذوالنون

رقم الملف: 039195

رقم الجوال: 7779 09 JUL 2024

التاريخ: _____

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

نون محمد نور ذوالنون

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: _____

Name : Noon Mohamed Nor Zoelnon
Lab. No. : 332444071
Contract. : Al Koot Insurance
Patient No. : 29673600512
File No. :

Sample Date : 10/08/2024 22:13 PM
Report Date : 10/08/2024 23:45 PM
Doctor references : Dr. Salwa Elgaly Musa

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 28 Year Sex : Female

Chemistry Unit

Test	Result	Unit	Ref. Range
Follicular Stimulating Hormone (FSH)	5.48	mIU/mL	Follicular 3.5 - 12.5 Midcycle 4.7 - 21.5 Luteal 1.7 - 7.7 P. Menopause 25.8 - 134.8
Lutenizing Hormone (LH)	6.72	mIU/mL	Follicular 2.4 - 12.6 Ovulation 14.0 - 95.6 Luteal 1.0 - 11.4 P.Menopause 7.7 - 58.5
Prolactin	17.06	ng/mL	4.79 - 23.3
Comments Vitamin Intake especially Biotin (Vitamin B7) can interfere with the prolactin result. patient must stop vitamin intake 24 hours before prolactin test. The release of prolactin is promoted physiologically by suckling and stress. In addition, elevated serum prolactin concentrations are caused by a number of pharmaceuticals (e.g. dibenzodiazepines, phenothiazine), TRH and estrogen.			
Testosterone (Total)	0.265	ng/mL	0.084 - 0.481

Reviewed By:

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

Dr. Hisham El Banawy
Consultant