



File No.:

039407

Nationality:

Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039407

Name: NOORA FAHAD HAMAD ALHA

QID No: 28468200600

Sex: Female

Mob: 33962020

ADDRESS: MAEZER

Age:

39 yrs

Marital Status:

13 yrs

band's Name:

Mohammed Hussein Alhajri

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Post abortion (4/7/2024) - E&C
at SSdra - clb vulval itching & whitish vaginal
discharge 12 wks
Post critical bleeding! @ episodes of

Medical History:

medically Free

P.H.

Not signed

F.H.

HTN neg

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 Y-S

L.N.M.P

28-7-24

Menstrual Habits:

Regular every month - 6-7 days

Menstrual Symptoms:

Not signed

Menopause:

Parity:

P

2

Abortion

2

Ectopic

LCB

6 Y-S

♀

2

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm

Wt. 71.9

Kg BMI

Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

well - cooperative

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

~

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Normal vulva - extensive vaginal
thrush up to introitus - CX good
NA be visualized (next visit)
HVS taken.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

HVS

Diagnosis:

Extensive vulva vaginal candidiasis

Plan of Management:

oral + Topical anti Fungal - HVS

1 wk FU - CX assessment - Hb A1C control

Next Appointment:

1 w

Name : Norah Fahad H.A. AL-Hajri
Lab. No. : 332445750
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 28468200600
File No. : 039407

Sample Date : 19/08/2024 19:43 PM
Report Date : 22/08/2024 10:34 AM
Doctor references : Dr. Salwa Elgaly Musa

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 40 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Test

Result

Vaginal Discharge Examination

Gram Stain

Occasional large gram positive bacilli; Many curved gram variable bacilli; Yeast cells present; few epithelial cells

WBCs/ LPF

Occasional

Isolation Organisms:

(1) Candida spp

Modifier : heavy growth

Antibiotics	(1)Candida spp	MIC
-	-	-

P:Pos:-N:NegS:SensitiveI:IntermediateR:Resistant

Vaginal smear and culture was suggestive of Candidiasis
Candida spp.: Antimycotic treatment is recommended.

Assessment of Gram stain is based on Nugent Scoring System
Nugent Score = 5, which is considered indeterminate for Bacterial Vaginosis. Vaginal smear gram stain shows altered vaginal flora.

Please correlate clinically.

Reviewed By:

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

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

Verified By : Angelika Mae Remo
Printed By: System

Page

1 Of 1

AM :Printed Date 11:53 22/08/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

All Rights Reserved © National Technology



QLM Life & Medical Insurance Company Q.P.S.C.
Pre-Approval Confirmation Receipt

Pre-Approval Code	: 24090558142-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 19/08/2024 23:03	Approval Date	: 19/08/2024 23:03
Insured Name	: NORAH AL-HAJRI		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: QatarEnergy LNG	Medical Record No	:
Policy No	: P2209000002-R2	Member Id	: MEM21317669
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 19/08/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in infectious and	Present Illness Dur.	: 2 WEEKS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR SALWA ELGALY MUSA
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Basic
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: NA
Approved By	:	Age / Gender	: 40 Y Female
Other Diagnosis	:		
Past Medical History	: NOT SIGNIFICANT		
About Present Illness	: C/O vulva itching with whitish vaginal discharge for 2 weeks		
Request. Line Of Mgmt.	:		
Approval Remarks	:		

Treat/Drug Code	Treatment/Drug Desc (Reject/Approval Remarks) (Tooth Number)	Quantity	Est.Amt	Appr.Amt	Additional Copay	Status
II1	Gynaecology Consultation()	1	110.00	110.00	NA	Registered

Total Estimated Amount : 110.00
Total Approved Amount : 110.00
Print Date : 20/08/2024 16:51

Note : This is a system generated receipt, signature is not required

Pre-Approval Validity is 21 Days from approval date or until Policy expiry Date whichever comes first.
Prices are approved subject to the agreed price list, contract terms, policy conditions and exclusions.

Claim has to be submitted within 60 days from the date of service.

N.B. Approved Investigations listed above subjected to abnormality of preliminary investigation results
Services rendered are subject to policy terms and conditions.



Date 19/8/24

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

20

رقم المنطقة

55

رقم الشارع

815

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 / بالاسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities

استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039407



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 إجراء 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: نورة عبد الحامدي

التاريخ: 19-08-2024

ملف رقم: 039407

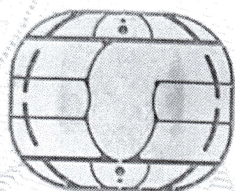
التوقيع: د. سلوى الغالي موسى



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28468200600

الرقم:

D.O.B. 02/08/1984

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

16/02/2030

الصلاحية:



الإسم: نوره فهد حمد المظفري الهاجري

Name: NORAH FAHAD H A ALHAJRI

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، _____، 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 المريضة: نورة محمد الهاجري
رقم الملف: 3396407
رقم الجوال: 33962029
التاريخ: 19 AUG 2024
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: _____