



File No.: 038935

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

Name: Nusiba Abdulsalam Mohammednoor Age: 32y/o
Occupation: Marital Status: 1/15
ID. No: 29273601145 Husband's Name: mohammed mustafa Ismael
Address: Mobile Phone: 5576682 Residence Phone:

SYMPTOMS:

clt pelvic pain & discharge
& her period became light 2 days

Medical History:

P.H. Appendectomy at childhood F.H. HTN & DM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14-15y/o L.N.M.P 13/5/24
Menstrual Habits: Regular monthly for 4 days
Menstrual Symptoms: None Menopause:
Parity: P 3 Abortion 1 Ectopic 9/11/20 LCB 4/5

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 171 cm Wt. 77.2 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Look, ♀ NO acne NO hirsutism

Chest, C.V.S. / NAD

Abdomen:

Breasts:

not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. cx → mild erosion & mildly yellow discharge & None Vulva pap
Bimanual Exam. smear taken mild erosion
Rectal Exam.

Investigation Requested:

Abd US A/F uterus GT 8mm
Nw 16 ovary Rt ovarian cyst 3.9mm
Diagnosis: Rt ovarian cyst

Plan of Management: - Reassured TSH prolactin

Next Appointment:

D₃

Name : Nusayba Abdalsalam Mohammednoor Sample Date : 29/05/2024 16:43 PM
Lab. No. : 332430117 Report Date : 29/05/2024 18:05 PM
Contract. : QIC Insurance Doctor references : Dr. Ebtesam Abdallah
Patient No. : 29273601145 this sample was collected outside lab
File No. :

Branch : Qatar Waab Age : 32 Year Sex : Female

Chemistry Unit

Test	Result	Unit	Ref. Range
Prolactin	11.18	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.

* Thyroid Stimulating Hormone (TSH)	2.23	uIU/mL	0.35 - 4.94
-------------------------------------	------	--------	-------------

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Anatomical & Clinical Pathology
License No. 3483

Dr. Hisham El-banawy
Consultant

Verified By : Hisham El Banawy

Printed By: System

All Rights Reserved © National Technology

Page 1 Of 1

Printed Date AM 10:13 30/05/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

44472224 | <https://alborgdx.com> | f @ alborgdx / alborgqatar

Al Borg Medical Laboratories Co. Ltd. Doha - Qatar. Email: csv.qatar@alborgdx.com



Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	038935
	NAME:	Nusayba Abdalsalam
	LMP:	25-8-24
	GRAVIDA:	PARA: 3 ABORTION: 0
	REASON FOR SCAN:	H/O ovaries
		cyst. F. up.

UTERUS:

☒ NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL LINING:

☒ NORMAL

THICKENED

ADNEXA:

RT OVARY _____ MM X _____ MM X _____ MM

LT OVARY _____ MM X _____ MM X _____ MM

both ovaries normal

OTHER FINDINGS:

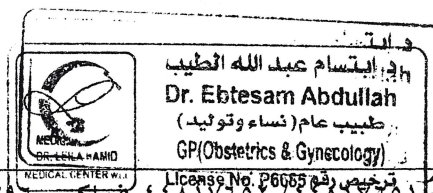
FFCDS: YES _____ NO ☒

OVRIAN.CYST _____ SIZE _____ X _____ X _____ MM

IMPRESSION:

Lt ovary leading 14mm

DOCTOR SIGNATURE AND STAMP



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلي حامد الطبي

Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	038935
	NAME:	Nusiba Mohammednoor
	LMP:	13-5-24
	GRAVIDA:	PARA: 3 ABORTION: 0
	REASON FOR SCAN:	pelvic pain
		period became light 3/12 ago

UTERUS:

✓ NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL STRIP:

✓ NORMAL

THICKENED

ADNEXA:

R OVARY _____ MM X _____ MM

RT ovariana

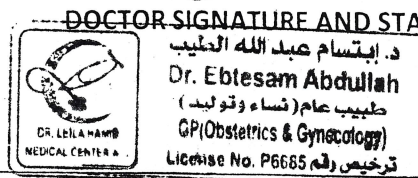
L OVARY _____ MM X _____ MM

LT Normal

OTHER FINDINGS:

IMPRESSION:

RT ovariana cyst



Date of Exam: 07/09/2024 Page: 1 / 6
Exam Type:

Dr. Leila Hassan Medical Centr

Name	MOHAMMEDNOOR NUSIBA ABDULSALAN	DOB	01.01.1992	Sex	Female
Pat. ID	038935	Perf. Phys.			
Indication		Ref. Phys.			
		Sonogr.			
IMP	25.08.2024	Day of Cycle		Gravida	
Day of stim.		Expected Ovul.		Para	3
				AB	0
				Ectopic	

2D Measurements	Value	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Meth.
Uterus								
Length	6.91 cm	6.91						avg
Width	4.60 cm	4.60						avg
Height	4.30 cm	4.30						avg
Volume	71.565 cm ³	71.565						
Endo.Thickness	9.98 mm	11.30	8.65					avg
Left Ovary								
Length	3.36 cm	3.62	3.10					avg
Width	3.02 cm	2.97	3.07					avg
Height	2.85 cm	2.38	3.32					avg
Volume	15.142 cm ³	13.398	16.544					
Right Ovary								
Length	3.45 cm	4.02	2.88					avg
Width	2.96 cm	3.25	2.66					avg



Length	2.69 cm	2.69						avg
Width	2.06 cm	2.06						avg
Height	2.01 cm	2.01						avg
Volume	5.832 cm ³	5.832						
Right Ovary								
Length	5.07 cm	5.07						avg
Width	4.84 cm	4.84						avg

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

Pre-Approval Code	: 24090620706-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 07/09/2024 15:55	Approval Date	: 07/09/2024 15:55
Insured Name	: NUSAYBA ABDALSALAM AWADALLAH MOHAMMEDNOOR		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: Qatar Energy	Medical Record No	:
Policy No	: P2109000180-R2	Member Id	: MEM21210965
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 07/09/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Other and unspecified ovarian cysts	Present Illness Dur.	: ONE WEEK
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR. EBETSAM ABDULLAH
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Chronic Conditions
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: NA
Approved By	:	Age / Gender	: 32 Y Female
Other Diagnosis	:		
Past Medical History	: H/O RIGHT OVARIAN CYST (PARA 3 + A 0)		
About Present Illness	: C/O PELVIC PAIN WITH BACKACHE AND FOLLOW UP OF OVARIAN CYST		
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
US001	Gynaecology Ultrasound()	1	250.00	250.00	NA	Registered

Total Estimated Amount : 360.00
Total Approved Amount : 360.00
Print Date : 07/09/2024 15:55

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 ٢٠٢٥ / ٢٨

New Patient Registration Form

Full Name نسيه عبدالسلام عوض الله محمد نور الإسم الكامل

Date of Birth ١٩٩٢ / ٦ / ٢٥ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 29273601145 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55766032 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55288691 رقم الجوال

Emergency Contact Person محمد اساميل (الزوج) أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 6 Zone No. 86 Street No. 352 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 نسيه التوقيع

File Number 038935



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: نسيه عبدالسلام عصمت الله محمود نور

التاريخ: ٢٠٢٤ / ١٥ / ٢٨

ملف رقم: ٥٣٨٩٣٥

التوقيع: نسيه





شركة إيم إس للتأمينات الصحية والتأمين الطبي
QLM Life & Medical Insurance Company

QatarEnergy Health Insurance

Policy No : P2109000180

Eff. Date : 01/01/2022

Name : NUSAYBA ABDALSALAM AWADAL

Civil Id : 29273601145 Emp ID : DKN 3357

Mem No : MEM21210965 QP KEY : 000335700



State Of Qatar Residency Permit



دولة قطر رخصة إقامة

ID.No: 29273601145 الرقم الشخصي:

D.O.B.: 25/06/1992 تاريخ الميلاد:

Expiry: 11/12/2025 الصلاحية:

سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: ربة منزل المهنة:

الاسم: نسيبه عبدالسلام عوض الله محمدنور



Name: NUSAYBA ABDALSALAM MOHAMMEDNOOR

Toll Free 8000880, Outside Qatar: +97444533666, email: qlm_medical@qlm.com.qa

International Providers:

Country / Region	Global Partner	Contact details
UK / ww	healix	Tel : + 44 208 763 3174
USA	UnitedHealth Group	Tel : +1 844 265 8326
EUROPE	PREMIER HEALTHCARE	Tel : + 49 40 537 976665
EUROPE	MEDIGO	Tel : + 49 32 211 001674
MENA	NEXTCARE	Tel : + 974 4434 1057
LEBANON	Swan	Tel : + 961 3 770 533
INDIA	Paramount Health	Tel : + 91 22 4000 4216/ 228/ 234

Passport Number:

P10341244

Passport Expiry:

08/01/2033

Serial No:

30629273601145

Residency Type:

عائلية

Employer:

محمد مصطفى عثمان اسماعيل

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

(Signature)

(Signature)



رقم جواز السفر:

تاريخ انتهاء الجواز:

الرقم المسلسل:

نوع الرخصة:

المستقدم:



نسيبه



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: نسبة عبدالرحمن كرم الله

رقم الملف: 034935

رقم الجوال: 55 766032

التاريخ: 07 SEP 2024

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: نسبة

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 CENTRE W.L.L



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، _____، 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: نسمة عبدالسلام
رقم الملف: 038935
رقم الجوال: 55288691
التاريخ: ٢٠٢٤/٥/٢٨
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: نسمة

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: Nusiba Abdulsalam Mohammednoor

Age: 31yrs

This pt came in our clinic
with clo pelvic pain & her period only
little 2 days. Abd vls done: Rt
ovarian cyst 3.9mm. Adv to do
TSH, Prolactin to treat the
oligomenorrhea.

10 AUG 2024

