

- Last baby had ocular myopathia gravis
"after 2 years"



File No.: 039814

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039814

Name: WAFAA SALAH ALMULLA

QID No: 27763401826

Sex: Female

Mob: 55566572

ADDRESS: ALKHERATYAT



Age: 46 yrs

Marital Status: 22 yrs

Spouse's Name: Farig Alsewidi

Home Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

dyspareunia and vaginal dryness since she underwent posterior vaginal wall repair, her cycle is prolonged 10 day spotting for 4-5 days then become heavy. No postcoital bleeding

Medical History:

Non, GDM

P.H. C/S,

F.H. DM & HTN

in the last 2 pregnancy/posterior repair 2022 (M1)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P 3-10-24

Menstrual Habits: regular, monthly lasting 10 days -

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

5

Abortion

0

Ectopic

LCB 30-8-2017

♀

3

♂

2

all NVD except last one C/S -

EXAMINATION

General Examination: Ht. 150 cm Wt. 68.6 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Ceap. normal g look, normal wt, anxious

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: scar of lipectomy

Breasts: look normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Introitus fine, but fine perineal dia ph,

Bimanual Exam. strong pelvic floor - muscle, white disch.

Rectal Exam. Cx high, not prol.

Investigation Requested:

U/S done review report

Diagnosis: Dyspareunia, Vaginal stenosis

Plan of Management:

FSH, LH, prolactin - TSH D₂ + E₂

Next Appointment:



DR. LEILA HAMID HASSAN

File No.: 0

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

Name: Wafaa Salah Abdulghani Almula Age: 37 yrs
Occupation: Employee Marital Sate: 13 yrs
ID. No: 27763401826 Husband's Name: Tariq Daham AlSawidi
Address: ALpheratyat Mobile Phone: 55566572 Residence Phone:

SYMPTOMS:

itching $\Rightarrow$ Recurrent $\Rightarrow$ No V. discharge $\Rightarrow$
mild Lower abd-pain, No dyspareunia. She came
to seek for Vaginal Repair - 22 last year or surgical $\Rightarrow$
Needs advice -

Medical History: for 6/12 Recurrent genital R. P.H. hairnial Repair F.H. D-M + HTN

MENSTRUAL HISTORY:

6 take Lastone (amblical) 4 yrs from mother side
4/12 $\Rightarrow$ Control $\Rightarrow$ L.M.P 30-10-2014
Menarche: 11 yrs
Menstrual Habits: Regular cycle every 28 days
Menstrual Symptoms: Menopause: —
Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic — LCB 4 yrs Lastone

2♀ 3♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 150 cm Wt. 65.8 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg
Looks well not p not c not p.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. open upper end of episectum & apart hymen
Bimanual Exam. Engage strong perineal muscles
Rectal Exam. Wide upper vagina - bimanual check

Investigation Requested:

Diagnosis: chronic Recurrent vaginitis + for monelisk?

Plan of Management:

Retardin R suppositories 1x1x4 7 days a week

Next Appointment:

S



Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	039814
	NAME:	wafa salah Almula
	LMP:	3-10-2024
	GRAVIDA:	PARA: V ABORTION: 0
	REASON FOR SCAN:	
	Abnormal vaginal bleeding «pre and inter menstrual»	

UTERUS:

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL LINING:

NORMAL

THICKENED

ADNEXA:

RT OVARY 38-5 MM X 24-9 MM X 26-4 MM

LT OVARY 34-8 MM X 25-2 MM X 27-6 MM

OTHER FINDINGS:

FFCDS:

YES _____

NO ☒

OVRIAN.CYST NO SIZE _____ X _____ X _____ MM

IMPRESSION:



DOCTOR SIGNATURE





Dr. Leila H. Medical Center

Date of Exam: 19.10.2024 Page 1 / 12
Exam Type:

Name ALMULLA, WAFAA SALAH DOB
Pat. ID 039814 Perf. Phys.
Ref. Phys.
Indication Sonogr. 0

LMP 03.10.2024 Day of Cycle 17 Gravida
Day of stim. Expected Ovul. Para 5 AB 0
Ectopic 0

2D Measurements	Value	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Meth.
-----------------	-------	----	----	----	----	----	----	-------

Left Ovary

Length	3.48 cm	3.48						avg.
Width	2.52 cm	2.52						avg.
Height	2.76 cm	2.76						avg.
Volume	12.673 cm ³	12.673						

Right Ovary

Length	3.85 cm	3.85						avg.
Width	2.49 cm	2.49						avg.
Height	2.64 cm	2.64						avg.
Volume	13.251 cm ³	13.251						

Uterus

Length	4.29 cm	4.29						avg.
Width	4.72 cm	4.72						avg.
Height	3.58 cm	3.58						avg.
Volume	37.956 cm ³	37.956						



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

Pre-Approval Code	: 24090790717-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 19/10/2024 16:02	Approval Date	: 19/10/2024 16:02
Insured Name	: WAFA SALAH AL-MULLA		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: Qatar Foundation	Medical Record No	:
Policy No	: P2209000174-R2	Member Id	: MEM21339719
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 19/10/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Stricture and atresia of vagina	Present Illness Dur.	: 10 DAYS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR. LEILA HAMID HASSAN
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Chronic Conditions
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	:
Co-ins	:	Ded	: 50 QAR
Approved By	:	Age / Gender	: 47 Y Female
Other Diagnosis	: N92.1 - Excessive and frequent menstruation with irregular cycle		
Past Medical History	: PARA 5 + 0 ALL NVD EXCEPT LAST C/S GDM IN LAST 2 PREGNANCIES		
About Present Illness	: C/O PERIOD FOR 10 DAYS WITH PRE-POST MENSTRUAL SPOTTING AND INTERMENSTRUAL BLEEDING WITH PAINFULL CLOTHS REASON FOR SCAN ABNORMAL VAGINAL BLEEDING PRE AND INTERMENSTRUAL		
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 : 19/10/2024 16:02

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 19/10/20

New Patient Registration Form

Full Name Wafar Al-Mulla الإسم الكامل

Date of Birth 7-4-77 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Dentist المهنة

I.D Number 27763401826 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55566572 رقم الجوال

Emergency Contact Person Dana Al-Mulla أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 74466077 رقم هاتف

Address: Building No. 48 Zone No. 71 Street No. 488 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 [Signature] التوقيع

File Number 039814

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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.

د. ليلى

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

اسم المريض / المريضة: Wafaa Al-Mulla

التاريخ: 19-10-24

ملف رقم: 039814

التوقيع: 

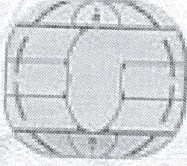
د. ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P432



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27763401826

الرقم:

D.O.B. 07/04/1977

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

03/04/2027

الصلاحية:



الاسم: وفاء صلاح عبدالغنى على الملا

Name: WAFAA SALAH A A AL-MULLA

منطقة 71 - شارع 488 - مبنى 48

العنوان:

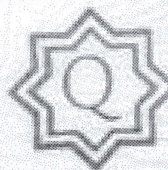
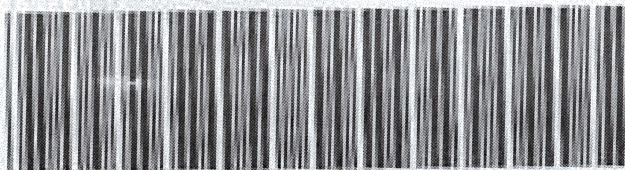
Serial No.

535826061010320F

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





Holder's signature توقيع حامل الجواز

P<QATAL<MULLA<<WAF&AA<SALAH<A<A<<<<<<<<<<<<<
01643492<9QAT7704075F260918627763401826<<<06

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، Dr. Wafar، 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: Wafar
رقم الملف: 639814
رقم الجوال: 55566572
التاريخ: 19 OCT 2024
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

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: _____