



File No.: 039265

Nationality: P

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039265

Name: ZAKIYA ABDULLA HAJI

QID No: 27604800032

Sex: Female

Mob: 55857646

ADDRESS : AIN KHALID



Age: 47 yrs

Marital Status: 27 yrs

Husband's Name: Mohammed Jaafar Alsafor

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- involuntary urination & stress + sexual desire (6 years - (on celecoxib 6 X's) - result in unstable relation & husband.

Medical History: HTN on H once daily
= Depression on celecoxib

P.H. - Abdominal hysterectomy F.H. Endometriosis
- myomectomy
- G-S keene 2011

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P.

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 7 Abortion 0

Ectopic

LCB 2010

♀ 4 ♂ 3

EXAMINATIONGeneral Examination: Ht. 156 cm Wt. 62.2 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

well, lip fulling +, looks younger.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. cytocolo +, rectocolo +, ex not

Bimanual Exam. seen. 2 TAH. vagina moist, intraad

Rectal Exam. Reasonable.

Investigation Requested:

not indicated

Diagnosis: ↓ libido, cytocolo rectocolo & stress incontinence

Plan of Management:

N/S no urgency or overflow incontinence

Next Appointment:



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

Pre-Approval Code	: 24090488001-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 27/07/2024 17:55	Approval Date	: 27/07/2024 17:55
Insured Name	: ZAKAYA ABDULLA A A HAJI		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: Qatar Foundation For Elderly People Care	Medical Record No	:
Policy No	: P2209000174-R2-13	Member Id	: MEM22236630
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 27/07/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Postmenopausal atrophic vaginitis	Present Illness Dur.	: 6 YEARS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR. LEILA HAMID HASSAN
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Basic
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: 50 QAR
Approved By	:	Age / Gender	: 48 Y Female
Other Diagnosis	:		
Past Medical History	: HTN ON DEPRESSION ON GASTRIC SLEEVE ABDOMINAL HYSTERECTOMY		
About Present Illness	: INVOLUNTARY URINATION WITH JUMPING SEXUAL DESIRE		
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 : 27/07/2024 17:56

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 27 / 7 / 24

New Patient Registration Form

Full Name زكية عبد الله حامد الإسم الكامل

Date of Birth 1976 / 1 / 1 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظفة المهنة

I.D Number 2760480037 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 44123 25 2 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55857646 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 82 Zone No. 56 Street No. 139 العنوان:

رقم البناية 82 رقم المنطقة 56 رقم الشارع 139 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 039 265

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.

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

اسم المريض / المريضة: زكية عبدالله هاشم

التاريخ: 27.07.2024

ملف رقم: 039 265

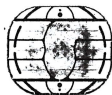
التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P882

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27604800032

الرقم:

D.O.B: 01/01/1976

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

09/08/2032

الصلاحية:



الإسم: زكية عبدالله قمبر عبدالله حاجي

Name: ZAKIYA ABDULLA Q A HAJI

منطقة 56 - شارع 139 - مبنى 82

العنوان:

Serial No:

4353B1120E2C2486

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE W.L.L



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، زكية عبدالله، 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: زكية عبدالله
رقم الملف: 039265
رقم الجوال: 55857646
التاريخ: 27-7-2024
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: _____

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

Prescription

وصفة طبية

No

27 JUL 2024

Date:

التاريخ:

Patient's name:

Zekeya Abdd H. Jf

إسم المريض:

File No.:

039265

رقم الملف:

Age:

47 Yrs / vascular diseases

العمر:

Rx

- clivon gel

كريم موصى به

- ExoAqueous

مسحوق موصى به واحد واحد اسبوعين
تحت مسؤولية مراجعة مع ميا نيرة
شهرين

- Vesicaine tabs

حبوب موصى به شهرين

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523