



File No.: 038982

Nationality: Q

رئيسة قسم النسائية

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038982

Name: HANAN MOHAMMED ALGHUF

QID No: 28463402671 Sex: Female

Mob: 55894446

Address: UmALAAMAD



Age: 40yrs

Marital Status: Single

band's Name:

Mobile Phone: 39922258

Residence Phone:

SYMPTOMS:2/12 ago shedd Abd-pelvic ULs informed  
There was Ovarian cyst + U-fibroid  $\Delta$  13cm  
advice to myometomy came for 2nd opinionMedical History: Anaemia  $\pm$  15 wmcP.H. Renal lithotripsy F.H. HTN  
 $\approx$  10yrsMENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12yrs

Menstrual Habits: Regular Monthly

L.N.M.P 26-5-24

Menstrual Symptoms: Normal

Parity: P 0

Abortion 0

Ectopic

LCB

EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm

Wt. 71.3

Kg BMI

Kg/m<sup>2</sup> Bp

100/70 mm Hg

normal  $\pm$  look, not pale, normal heart

Chest, C.V.S. NA

Abdomen: palpable mass at Rt side not tender

Breasts: small

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:Ultrasound and AFP ut  $\pm$  regular contour a small  
one large fibroid at Rt side 8cm. Doppler  
Rt ov. seen  $\pm$  difficult - Lt cyst  $\pm$  clear fluid any  
Doppler

Diagnosis:

Gynae checkup for 2nd opinion about

Plan of Management:

① ut fibroid.

② Ov. cyst.

Tumour markers

Next Appointment:

مركز د. ليلى حامد الطبي

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

Figure 1



مركز د. ليلى حامد الطبي

|                        |                  |                |                  |
|------------------------|------------------|----------------|------------------|
| GYNE ULTRASOUND REPORT | FILE NO:         | 038982         |                  |
|                        | NAME:            | Hanan Mohammed |                  |
|                        | LMP:             | 26-5-2024      |                  |
|                        | GRAVIDA:         | PARA:          | ABORTION: Single |
|                        | REASON FOR SCAN: |                |                  |
|                        | c/o pelvic mass  |                |                  |

UTERUS:

NORMAL

ENLARGED

uterine fibroid 8x8mm

ENDOMETRIAL STRIP:

NORMAL

THICKENED

ADNEXA:

seen e- difficulty

ROVARY

MM

X

MM

Normal

LOVARY

38

MM

X

36

MM

e- clear fluid

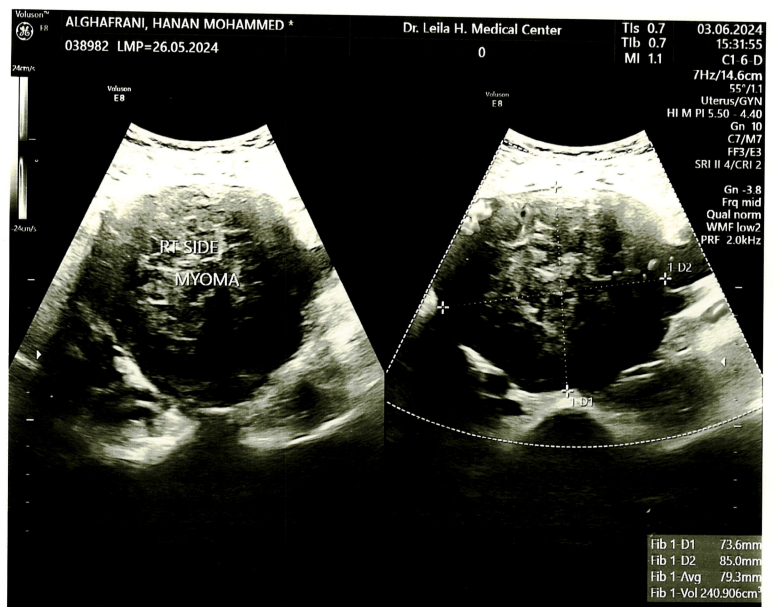
OTHER FINDINGS:

Δ left ovarian cyst + uterine fibroid. Big

IMPRESSION:

Δ left ov-cyst +  
uterine fibroid





|                        |                                                                                            |                      |                          |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Pre-Approval Code      | : 24090354161-R                                                                            | Pre-Approval Status  | : Registered             |
| Applied Date           | : 03/06/2024 21:07                                                                         | Approval Date        | :                        |
| Insured Name           | : HANAN MOHAMMED AL-GHAFRANI                                                               |                      |                          |
| Provider Name          | : DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER                                                           |                      |                          |
| Policy Holder          | : Qatar Energy                                                                             | Medical Record No    | :                        |
| Policy No              | : P2109000180-R2                                                                           | Member Id            | : MEM21215966            |
| Type                   | : Out-Patient                                                                              | Admission Date       | : 03/06/2024             |
| Admission Period       | :                                                                                          | Admission Type       | :                        |
| Illness                | : Acute                                                                                    | LMP Date             | :                        |
| Priority               | : NORMAL                                                                                   | Currency             | : QAR                    |
| Primary Diagnosis      | : Leiomyoma of uterus, unspecified                                                         | Present Illness Dur. | : ONE WEEK               |
| Facility               | : Obstetrics and Gynecology                                                                | Doctor               | : DR. LEILA HAMID HASSAN |
| Benefit                | : Basic                                                                                    | Sub Benefit          | : Chronic Conditions     |
| Beneficiary Share      | : Co-pay                                                                                   | Percentage           | : 0%                     |
| Co-ins                 | :                                                                                          | Ded                  | : NA                     |
| Approved By            | :                                                                                          | Age / Gender         | : 40 Y Female            |
| Other Diagnosis        | : N83.2 - Other and unspecified ovarian cysts                                              |                      |                          |
| Past Medical History   | : SINGLE                                                                                   |                      |                          |
| About Present Illness  | : FOR 2nd OPINION ABOUT UTERINE FIBROID THAT SHOULD BE REMOVED REASON FOR SCAN PELVIC PAIN |                      |                          |
| 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 : 04/06/2024 15:43

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 03/05/1984

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... حسام محمد راشد الغفاري ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 1984/1/3 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality ..... قطر ..... الجنسية

Occupation ..... Sales Operations Officer ..... المهنة

I.D Number ..... CS 732.5771 ..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) ..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 55894465 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... الوالد ..... أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ..... 55739110 ..... رقم هاتف

Address: Building No. 15 Zone No. 71 Street No. 930 ..... 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 ..... 038982 .....

## نموذج الموافقة المستنيرة

### موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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:

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٦ / ٢

ملف رقم: ٥

التوقيع:

د/ ليلي حامد  
Dr. Leila Hamid  
استشارية نسائية وتوليد  
ترخيص رقم ٢٣٣٢  
License No. 2332

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28463402671

الرقم:

D.O.B. 30/01/1984

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

18/12/2033

الصلاحية:



الإسم: حنان محمد راشد محمد الغفرائي

Name: HANAN MOHAMMED R M AL-GHAFRANI

منطقة 71 - شارع 930 - مبنى 15

العنوان:

Serial No: 11331607795EA127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature



Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلي حامد الطبي

الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، حنان، الموقعة 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: حنان

رقم الملف: 038982

رقم الجوال: 55894465

03 JUN 2024

التاريخ:

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: حنان

**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: \_\_\_\_\_