



File No.: 039031

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039031
 Name: WADHA SALIH ALJEHAISH
 QID No: 28763400487 Sex: Female
 Mob: 55999632 ADDRESS: UM ALAAMAD



Age: 36 yrs
 Marital Status: Divorced
 Spouse's Name: Stayed
 Mobile Phone: less than one yr.
 Residence Phone:

SYMPTOMS:

vaginal discharge & itching / 1 wk
 not smelly - no urinary symptoms -
 Also she has prolonged period for 2 wk.
 on May from 16 May to first June.

Medical History: medically free P.H. NON F.H. MCHIN & DMJ

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 16 yrs L.N.M.P 16-5-24
 Menstrual Habits: irregular, last for 6 days
 Menstrual Symptoms: ass & dysmenorrhea - Menopause:
 Parity: P 0 Abortion 1 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 49 Kg BMI Kg/m² Bp mm Hg
 slim - cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. / N.A.D
 Abdomen: soft
 Breasts: not examined

PELVIC EXAMINATION: severely reddish vulva and vaginal
 Speculum Exam. mucosa - heavy greenish curdy w/ discharge
 Bimanual Exam. H-V-S for CIS was taken - cx looks normal
 Rectal Exam. Ca. v. put

Investigation Requested: T-U-S = A/V normal size uterus, ET 9-3mm
 normal ovaries, + leading follicle 14-1mm. there is
 endo. polyp 1.3 x 1.1cm - no cyst or PPCDS

Diagnosis: A severe vulva vaginitis + endo. polyp

Plan of Management: Pt reassured. + given.

Next Appointment:

Name : Wadha Saleh H Al-Jahish
Lab. No. : 332432931
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 28763400487
File No. : 039031

Sample Date : 11/06/2024 13:06 PM
Report Date : 13/06/2024 18:55 PM
Doctor references : Dr. Selma Babiker Ahmed

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 37 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Test	Result
Vaginal Discharge Examination	
Gram Stain	Few large gram positive bacilli; Some curved gram variable bacilli; Yeast cells present; some epithelial cells
WBCs/ LPF	Few

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 = 4, which is considered indeterminate for Bacterial Vaginosis. Vaginal smear gram stain shows altered vaginal flora.

Please correlate clinically.

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Anatomical & Clinical Pathology
Dr. Hisham El-banawy
Consultant

مركز د. ليلى حامد الطبي

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



مركز د. ليلى حامد الطبي

Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO: 039031
	NAME: wadha salah,
	LMP: 16-5-24
	GRAVIDA: PARA: ABORTION:
	0 1
	REASON FOR SCAN: prolonged period / 2wks

UTERUS:

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL STRIP:

NORMAL

9-3mm

THICKENED

ADNEXA:

R OVARY 28 MM X 20 MM

L OVARY 25 MM X 16 MM

OTHER FINDINGS:

endo-poly P 1-3 x 1-1 cm

IMPRESSION:

Δ endometrial
poly P.

د. سلمى بابكر احمد
Dr. Selma Babiker Ahmed
تخصص طب النساء وولادة
Obstetrics & gynecology
ترخيص رقم P11399 License No

DOCTOR SIGNATURE AND STAMP



DR. LEILA HAMID CLINIC

Name	WADHA SALIH	DOB		Sex	Female
Pat. ID	039031	Perf. Phys.		Ref. Phys.	
Indication		Sonogr.			

LMP		Day of Cycle		Gravida		AB	1
Day of stim.		Expected Ovul.		Para	0	Ectopic	

2D Measurements	Value	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Meth.
<i>Uterus</i>								
Endo.Thickness	9.32 mm	9.32						avg.
<i>Left Ovary</i>								
Length	2.54 cm	2.54						avg.
Width	1.64 cm	1.64						avg.
Height	1.14 cm	1.14						avg.
Volume	2.486 cm ³	2.486						
<i>Right Ovary</i>								
Length	2.87 cm	2.87						avg.
Width	2.04 cm	2.04						avg.
Height	1.83 cm	1.83						avg.
Volume	5.610 cm ³	5.610						



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

Pre-Approval Code	: 24090372422-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 10/06/2024 22:27	Approval Date	: 10/06/2024 22:27
Insured Name	: WADHA SALEH H A AL-JAHISH		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: QatarEnergy LNG	Medical Record No	:
Policy No	: P2209000002-R2	Member Id	: MEM21313951
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 10/06/2024
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. Salma Babiker
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Basic
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: NA
Approved By	:	Age / Gender	: 36 Y Female
Other Diagnosis	: N84.0 - Polyp of corpus uteri		
Past Medical History	: PARA 0 + AB 1 DIVORCED		
About Present Illness	: C/O PROLONGED PERIOD FOR 2 WEEKS WITH VAGINAL DISCHARGE WITH ITCHING FOR ONE WEEK REASON FOR SCAN PROLONGED PERIOD 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
US001	Gynaecology Ultrasound()	1	250.00	250.00	NA	Registered

Total Estimated Amount : 360.00
Total Approved Amount : 360.00
Print Date : 11/06/2024 11:15

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 10 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل وغيص صالح المري

Date of Birth تاريخ الميلاد 25 / 6 / 1987

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality الجنسية قطرية

Occupation المهنة مهندسة

I.D Number 28763400487 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55449632 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person 554496566 أقرب الأقراب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. 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 التوقيع [Signature]

File Number 039031

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 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: وهدي الحري

التاريخ: ١٠ - ٦ - ٢٠٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٥٣١

التوقيع: [Signature]

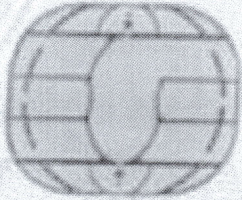


[Signature]

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28763400487 الرقم:

D.O.B: 25/06/1987 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 08/05/2027 الصلاحية:



الإسم: وضحه صالح حمد الاحول الجحيش

Name: WADHA SALEH H A AL-JAHISH

منطقة 51 - شارع 1180 - مبنى 14

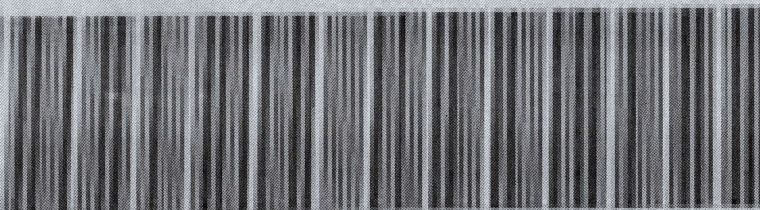
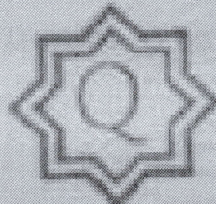
العنوان:

Serial No: 535826181F55320F

الرقم التسلسلي:

مدير إدارة الجنسية ووثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، وهندى المري، 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: وهندى المري
 رقم الملف: 639031
 رقم الجوال: 55 99 4632
 التاريخ: 10-06-24
 تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: [Signature]

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 : Wadha Saleh H Al-Jahish
Lab. No. : 332432931
Contract. : QIC Insurance
Patient No. : 28763400487
File No. : 039031

Sample Date : 11/06/2024 13:06 PM
Report Date : 13/06/2024 18:55 PM
Doctor references : Dr. Selma Babiker Ahmed

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 37 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Test	Result
Vaginal Discharge Examination	
Gram Stain	Few large gram positive bacilli; Some curved gram variable bacilli; Yeast cells present; some epithelial cells
WBCs/ LPF	Few

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 = 4, which is considered indeterminate for Bacterial Vaginosis. Vaginal smear
gram stain shows altered vaginal flora.

Please correlate clinically.

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Anatomical & Clinical Pathology
Dr. Hisham El-banawy
Consultant



وصفة طبية Prescription

No

QIM

10 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Uadha Salah: اسم المريض:

File No.: 039031: رقم الملف:

Age: 36-ys: العمر: 36-ys
A severe vulva vaginitis + endo. polyp.

Rx

Clotrimazole vap. supp. 400mg (3)
تحمية يومياً في الليل

Dalacin vap. supp. (3)
تحمية يومياً في الليل

protogyn tabs
٨ حبة في اليوم مع الوجبة

Kenazole cream
مع قارص مع كل صباح

Bonella vap. wash
استعمل مهبل مرة يومياً لا تبولى كل يومين

Doctor's signature: