



File No.: 039160

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039160

Name: AISHA SALEM ALMARRI

QID No: 29363403032 Sex: Female

Mob: 33474732 ADDRESS: ABU NAKHLA



Age: 30 yrs

Marital Status: 4 yrs

Spouse's Name: Ali Mohammed Almarri

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

used IUD inserted 5/12
Abd-pain → bc v-discharge + Burning sensation

Medical History:

P.H. 24s

F.H. DM
HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12yo

L.N.M.P 13-6-24

Menstrual Habits: Regular Monthly for 6 days

Menstrual Symptoms: Normal

Menopause:

Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 8/12

♀ 1

♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 71.1 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Look, well ♀ looked

Chest, C.V.S.

/ NAD

Abdomen:

Breasts:

— Not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

cx → Normal & thin spec
milky discharge HVS taken
Normal Vagina

Investigation Requested:

Abd uls IUD well for site Normal
both ovaries 16 leading follicle 22mm
Vaginitis, UA → few & bld-T

Plan of Management:

today

Next Appointment:

7



MICROBIOLOGY

Name : AISHA SALEM
Sex/Age : F/ 30 y / 0 m / 26 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Ebtesam Abdullah
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 222898
AL No : 61226
Entrance Tm: 03-JUL-2024 21:13:16
Exit Date : 06-JUL-2024 15:02:16
Ext. Ref. Num.: 039160

TESTS	RESULTS
Microbiology:	
Test Name:	High Vaginal Swab C/S
Specimen:	Vaginal Swab
Gram Stain:	:
Pus Cells/h.p.f:	Few
Epithelial Cells/h.p.f:	Moderate
Gram Positive Bacilli(lactobacilli):	Few
Gram Negative Bacilli:	Moderate
Yeast Cells:	Nil
Organism Name:	Escherichia coli
Growth Pattern:	Heavy Growth
Sensitivity:	:
Cefipime	Sensitive (+++)
Aztreonam	Sensitive (+++)
Imipenem	Sensitive (+++)
Ceftriaxone	Sensitive (+++)
Ciprofloxacin	Sensitive (+++)
Levofloxacin	Sensitive (+++)
Meropenem	Sensitive (+++)
Cefoxitin	Sensitive (++)
Ceftazidime	Sensitive (++)
Nitrofurantoin	Sensitive (++)
Piperacillin Tazobactam	Sensitive (++)
Cefotaxime	Sensitive (++)
Cefuroxime	Sensitive (++)
Cefixime	Sensitive (+)
Amikacin	Sensitive (+)
Gentamicin	Sensitive (+)
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	Resistant (-)
Augmentin	Resistant (-)

Note:
*+++ Highest sensitive *++ Medium sensitive *+ Lowest sensitive
*+/- Intermediate * - Resistant

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

AISHA

Patient ID:

039160

Multistix® 10 SG

Test date 07-03-2024

Time 8:22PM

Operator MAZA

Test number 2402

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative

Date ٢٠٢٤ / ٧ / ٢٠

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

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 / بالاسم ☐ 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 039160



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبية 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: عبد السلام الحري

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٧ / ٢

ملف رقم: 039160

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29363403032

الرقم:

D.O.B. 17/09/1993

تاريخ الميلاد:

Nationality: SAUDI

الجنسية: سعودية /

Date of expiry: 11/06/2027

الصلاحية:



الإسم: عائشه سالم محمد الجيش المري

Name: AISHAH SALEM M A AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 282 - مبنى 22

العنوان:

4353B90327282489

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

