



File No.: 038952

Nationality: PHI

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038952
Name: BARBARA MARCELINO MANUEL
QID No: 29360811749 Sex: Female
Mob: 60071260 ADDRESS: MAEZER



Age: 31 yrs
Marital Status: Single

band's Name:

ile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

elo whitish fishy itchy vaginal discharge 1-2 wks - NOT married P1 NVA
NOT sexually active (last sex act 1 month back)
Final by Post coital bleeding - No intermenstrual bleeding.
medically Free P.H. NA smear F.H. NA smear

Medical History:

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 Y. L.N.M.P 15/5/24
Menstrual Habits: every 30 days - For 4-7 days
Menstrual Symptoms: NOT symptomatic Menopause:
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 9 Y.S



EXAMINATION

General Examination: Ht. 151 cm Wt. 53.9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
Anxious, scanned - coarctate - well

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

normal vulva/vagina - copious
yellowish vaginal discharge, HVS taken
Circumferential cervical erosion bleeding
on touch PAP smear taken.

Investigation Requested:

HVS - PAP smear

Diagnosis: vulvovaginitis + cervical erosion

Plan of Management: TOPICAL topical antibiotic ± Full STI screening
± cryocautery after PAP result

Next Appointment:



Pap Smear Report

Patient Name : BARBARA MARCELINO MANUEL

File No. : 2586856

Visit No. : ALZ204628

Report No. : 24063422

Ref by Doctor : Salwa Elgaly Musa

Age : 31 Years

Gender : Female

Identify Type : 29360811749

Sample Date : 30/05/2024

Result Date : 01/06/2024

Liquid-based preparation PAP Smear

Cytological Number: PAP 24/063422

Test requested	: Cervical smear in liquid fixation.
Clinical information	LMP 18/05/2024, post coital bleeding.
Adequacy	: Satisfactory for evaluation.
Microscopy	: - The squamous cells are superficial and intermediate. - Reactive cellular changes associated with mild inflammation, few metaplastic cells. - Negative for: trichomonas vaginalis, candida albicans, actinomyces spp, and herpes simplex virus. - Few normal endocervical glandular, no endometrial cells. - No atypical changes
Diagnosis	: Negative for intraepithelial lesion or malignancy. Mild Nonspecific Cervicitis
Recommendation	: Clinical follow up is recommended.

Lab Doctor: Dr. Maha Kotrob / P12783

Dr. Maha Fares Kotrob
Laboratory
Medicine/Anatomic Pathology
License No P12783





Pap Smear Report

Patient Name : BARBARA MARCELINO MANUEL

File No. : 2586856

Visit No. : ALZ204628

Report No. : 24063422

Ref by Doctor : Salwa Elgaly Musa

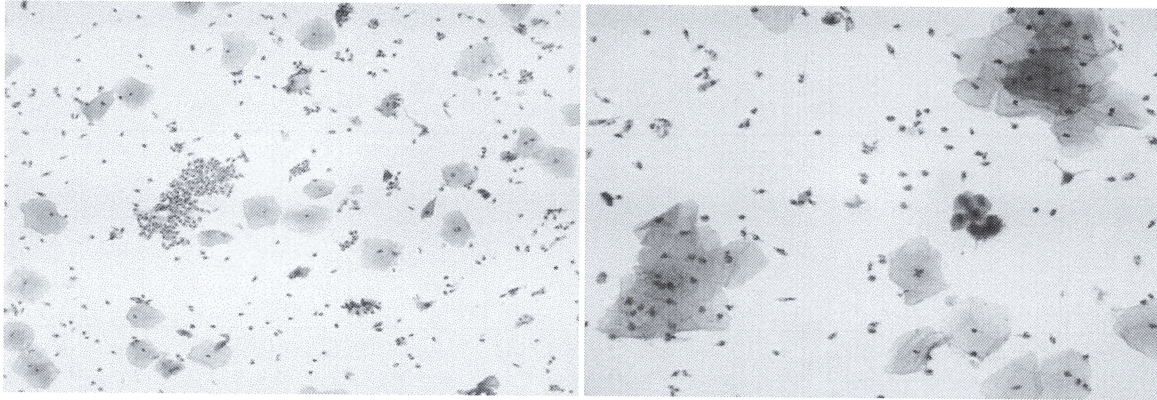
Age : 31 Years

Gender : Female

Identify Type : 29360811749

Sample Date : 30/05/2024

Result Date : 01/06/2024



Note: All slides are kept for 5 years after the date of reporting.

Lab Doctor: Dr. Maha Kotrob / P12783

Dr. Maha Fares Kotrob
Laboratory
Medicine/Anatomic Pathology
License No P12783



Name : Barbara Marcelino
Lab. No. : 332430467
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 2160-038952
File No. :

Sample Date : 30/05/2024 19:49 PM
Report Date : 02/06/2024 09:44 AM

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 31 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Test	Result
Vaginal Discharge Examination	
Gram Stain	Some large gram positive bacilli; some epithelial cells
WBCs/ LPF	Some

Isolation Organisms:

(1) No Growth

Modifier : No Growth

Antibiotics	(1)No Growth	MIC
-	-	

P:Pos-; -N:NegS:SensitiveI:IntermediateR:Resistant

Assessment of Gram stain is based on Nugent Scoring System
Nugent Score = 1, which is considered negative for Bacterial Vaginosis

Please correlate clinically.

Reviewed By:

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

Verified By : Odie Soriano
Printed By: System

Page 1 Of 1

PM :Printed Date 15:29 03/06/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

All Rights Reserved © National Technology



PAP Smear REQUEST

Patient Name: Bernabina Marcelino Patient QID: _____ Patient File No: 038952
 Nationality: Philippino Age: 34y Gender ☐ M ☒ F Date of Request: 30-5-24
 Tel/Mobile No.: 60071260 E-mail: _____
 Patient Clinical Data: Post cervical bleed Married? ☐ YES ☒ NO Children No: 1

Sample obtained by:

☐ Ayres Spatula☐ Brush☒ Liquid-based Cytology

Smear Site:

☒ Cervix☐ Endocervix☐ Endometrial Aspiration☐ Labia☐ Vaginal Vault☐ Vaginal Wall☐ Vulva

Menstrual State:

☐ Post Menopausal☐ Post Partum☐ Pregnant

HPV Vaccination?

☐ YES ☐ NOLMP: 18 Day 5 Month 2 Year

Current Hormone Use:

On Hormone?

☐ YES ☒ NO

For Contraception

☐ YES ☒ NO

For Therapy

☐ YES ☒ NO

Estrogen & Progesterone

☐ YES ☒ NO☐ Estrogen Only☐ Progesterone Only

Other Medication (Specify): _____

Other relevant information:

Abnormal Bleeding

☒ YES ☐ NO

Suspicious Lesion

☐ YES ☒ NO

Using IUD

☐ YES ☒ NO

Previous Uterine Procedures:

☐ Bite Biopsy☐ Cryotherapy☐ Endometrial Biopsy☐ Leep☐ Colposcopy☐ Electrocautery☐ Cone Biopsy☐ Laser

Hysterectomy:

☐ Subtotal (uterus removed, cervix remain)☐ Total (uterus & cervix excised)

Date conducted: _____ Day _____ Month _____ Year

Prior Malignancy

☐ YES ☐ NO

Requesting Physician Signature & Stamp:



د. سلوى الغالى موسى
 Dr. Salwa Elgaly Musa
 استشارية نساء وولادة
 Consultant OB & GYN
 ترخيص رقم (P15548)
 License No. (P15548)

Date of Procedure: 30-5-24

Procedure Done By (Name & Signature): _____

Madinat Khalifa South

Tel.: +974 4486 8675

Fax.: +974 4487 6227



Our Location

مدينة خليفة الجنوبية

هاتف: +٩٧٤ ٤٤٨٦ ٨٦٧٥

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٨٧ ٦٢٢٧

Al Waab St. - Al Aziziya

Tel.: +974 4450 0074

Fax: +974 4460 3040



Our Location

شارع الوعب - العزيزية

هاتف: +٩٧٤ ٤٤٥٠ ٠٠٧٤

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٦٠ ٣٠٤٠

Date 30 / 5 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Barbara M. Manuel الاسم الكامل

Date of Birth January 19, 1993 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation HOUSE MAID المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 600 71 260 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 600 71 260 رقم الجوال

Emergency Contact Person Personal Own أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 12 Zone No. 55 Street No. 934 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 038952

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 اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

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

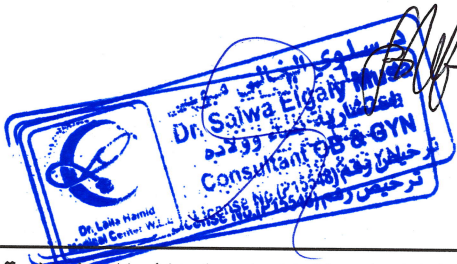
اسم المريض / المريضة:

Barbara M. Manuel

التاريخ: 30-5-2024

ملف رقم: 038952

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29360811749 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 19/01/1993 تاريخ الميلاد:
Expiry: 11/04/2024 الصلاحية:
Nationality: PHILIPPINES الجنسية:
Occupation: عاملة منزل المهنة:



الاسم: باربارا ماينا

Name: BARBARA MARCELINO MANUEL

Passport Number: P4183780B
Passport Expiry: 10/12/2029
Serial No: 30129360811749
Residency Type: عمل
Employer: شيخه ابراهيم محمد التركي

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممثل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's 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. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No:

08 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: *Barbara marcelino* اسم المريض:

File No.: *638952* رقم الملف:

Age: *31 y/o* | *cervical erosion* العمر:

Rx

*DeFlagyn gel - at bedtime.
to apply as Per Prescrip.
For 3 months*

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 30 MAY 2024 التاريخ:

Patient's name: Barabara marrei إسم المريض:

File No.: 038952 رقم الملف:

Age: 31yrs / vulva vaginitis العمر:

Rx

- Genit. P vaginal suppositories 100g (5)
one vaginal pessary daily
at bedtime For consecutive 7 days

- Azithromycin caps 250mg (6)
2 capsules daily sum total
For 3 days

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523