

metastatic^{u.} Bladder
Cancer - (verbal only)
E.L.N.



File No.: 039361

Nationality: ①

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039361
Name: EFFAT MANSOUR ALKHAYAR
QID No: 26963402338 Sex: Female
Mob: 55811127 ADDRESS: RAYYAN

Age: 55 yrs

Marital Status: 24 yrs

band's Name: Rashid Ali Saeed

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- vulval itching / > 3 months
No abnormal vaginal discharge - Burning
micturition - urine analysis declined

Medical History:

Bladder Cancer
Surgery done at U.K

P.H.

unethical
surgery

F.H.

chronic
endometriosis

MENSTRUAL HISTORY:

? metastatic cancer

Menarche:

L.N.M.P

5 yrs

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 4

Abortion 2

Ectopic

LCB 15 yrs

♀ 2

♂ 2

EXAMINATION

General Examination: Ht.

cm

Wt. 151

Kg BMI

Kg/m² Bp 180/80

mm Hg

morbidly obese - very rude - shouting
at reception - triage area & during Hx taking

Chest, C.V.S. N/A

Abdomen:

Very Fatty Abdomen so exam not conclusive

Breasts:

Rt Breast lump advised for mammogram & Breast
ultrasound

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

very difficult & uncooperative
due to morbid obesity. Dry vulva

Bimanual Exam.

Normal wide vagina - Healthy CX

Rectal Exam.

minimal yellowish vaginal discharge Hx's taken
PAP smear declined.

Investigation Requested:

Suboptimal
can obese

TVS 2- AVE uterus & thin endometrium - Regular ET 2-3 mm
Anterior wall well defined mass 1.2 x 1.4 cm. Rt ovary Normal
Size - Lt ovary not visualized clearly - No FFCDPS

Diagnosis:

vulvo vaginitis - Dalacin ointment 3 given
+ Hygiene advice

Plan of Management:

Inform clearly to FU & MDT at HMC. She already
have appointment - For Pelvic Scan at radiology department
and to be seen by urology & oncology

Next Appointment:

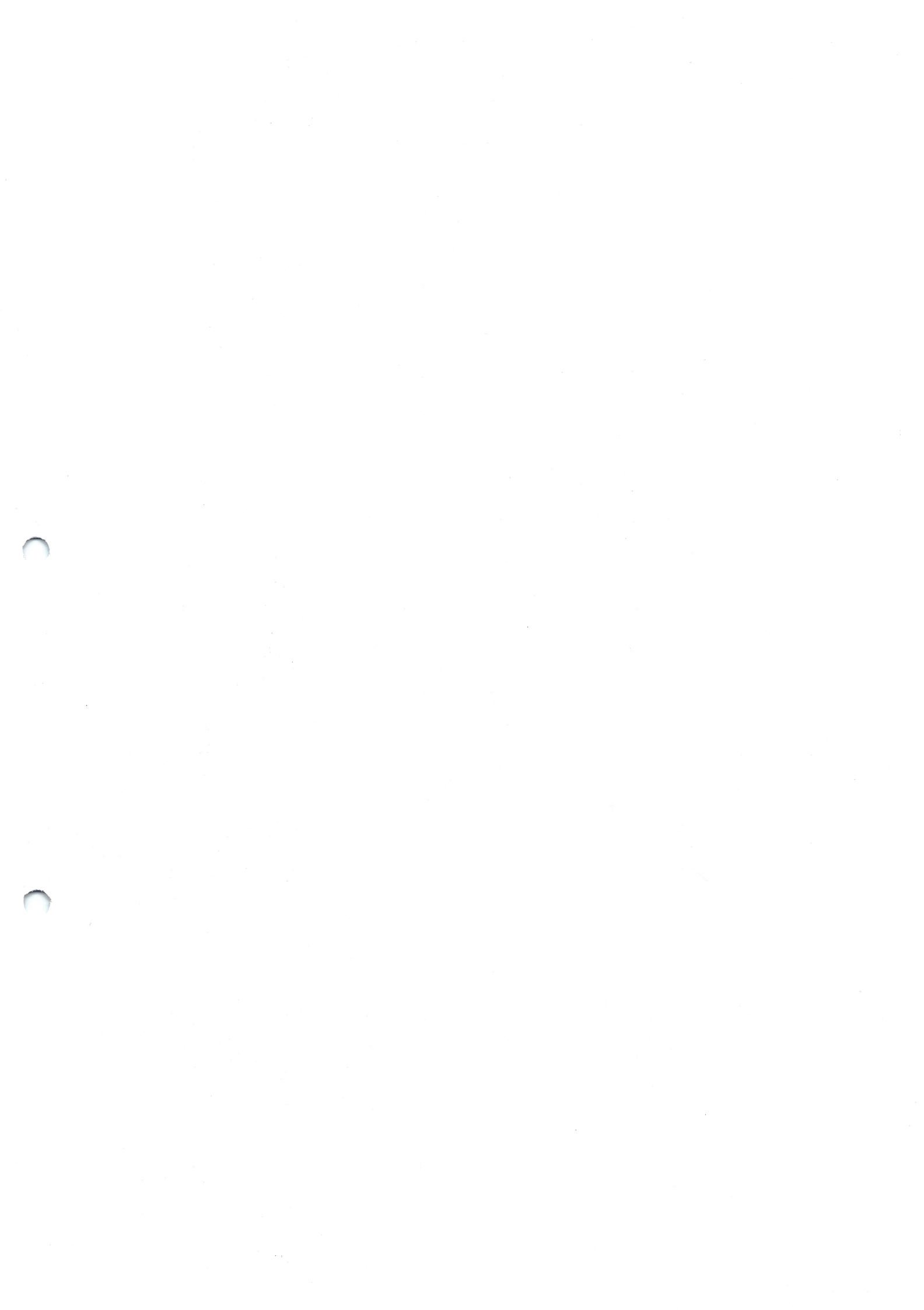


MICROBIOLOGY

Name : EFFAT MANSOUR
Sex/Age : F/ 55 y / 0 m / 19 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 226046
AL No : 62228
Entrance Tm: 11-AUG-2024 20:57:33
Exit Date : 13-AUG-2024 14:52:31
Ext. Ref. Num.: 039361

TESTS	RESULTS
Microbiology:	
Test Name:	High Vaginal Swab C/S
Specimen:	Vaginal Swab
Gram Stain:	:
Pus Cells/h.p.f:	Rare
Epithelial Cells/h.p.f:	Few
Gram Positive Bacilli(lactobacilli):	Few
Yeast Cells:	Nil
Result:	Normal Flora of Female genital tract grown after 48 hours of incubation.
Comments: The most common kinds of Vaginal infections are: " Bacterial vaginosis. " Candida or "yeast" infections. " Gonorrhea. " Trichomoniasis. " Chlamydia. " Reactions or allergies (non-infectious vaginitis) " Viral vaginitis(HPV) " Genital Herpes " Genital warts " Rarely Urea plasma and Mycoplasma. Bacterial cultures are performed to isolate and identify the Bacterial, Candida and Gonorrhea infection. Culture negative samples are advised to correlate with the clinical symptoms, and advised for appropriate Prophylaxis.	





Date 11 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name عنت حضور مبال الإسم الكامل

Date of Birth 7/7/1969 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة بيت المهنة

I.D Number 26963402338 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55811127 رقم الجوال

Emergency Contact Person بنتي فهادي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33855771 رقم هاتف

Address: Building No. 51 Zone No. 51 Street No. 893 العنوان:

رقم البناية 51 رقم المنطقة 51 رقم الشارع 893 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 039361



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: عفت حمور الكبارنة

التاريخ: 11/8/2021

ملف رقم: 039361

التوقيع: عفت



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 26963402338

تاريخ الميلاد: D.O.B. 07/07/1969

الجنسية: QATAR / قطريه

الصلاحية: 21/01/2030

مبارك البوسعيد الخيارين

Name: EFFAT MANSOOR M A AL-KHAYARIN

منطقة 55 - شارع 893 - مبنى 13

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية
Director's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

ك

عفت



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

Date: 11-8-24 التاريخ:

Patient's name: EFFAT mansour اسم المريض:

File No. 039361 رقم الملف:

Age: 55y/o | vaginal العمر:

Rx

3 Daktarin ovules
تحبة داكلارين ٣
- Bonella intimate wash
غسله فموني
- Hy S.L cream
مسح فموني صبر فموني

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523