File No.: 039460 Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039460
Name:EMAN DAFALLA MOHAMED
QID No: 28473602551 Sex: Female
Mob:30437950 ADDRESS:ALDUHAIL

Age: 40 yrs.
Marital Status: 10 YRS.
d's Name: AHMED MOHD ALHASSAN
Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS: - Prolonged heavy period ē clots / 7 months
- She did pap smear → Ascus. no intermenstrual bleeding or post coital. She did uls few days in ewRC showed fibroid 2.9 cm.

Medical History: - medically free. P.H. non F.H. MCOM & HTN).
- post partum thyroditis (P-H).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs. L.N.M.P 6.8.2024
Menstrual Habits: regular, last for 5 day every month.
Menstrual Symptoms: acts ē dysmenorrhoea. Menopause:
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic LCB 5.9.2018
All NVD, 9lw 6 Yrs.

♀ 2 ♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 78.9 Kg BMI Kg/m² Bp 116/76 mm Hg
cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. NAD.

Abdomen: soft

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:
Speculum Exam. normal vulva & vagina. no warty lesions, whitish vag. discharge (H.V.S done & revealed candida)
Bimanual Exam. first degree uterine prolapse + cystocele - cx.
Rectal Exam. looks normal ē lower cx lip mild erosion ē bleeding on touch.

Investigation Requested:
- all requested investigations done few days in ewRC.

Diagnosis: Δ mild cx erosion + Abnormal pap smear + uterine fibroid + cystocele.

Plan of Management:
ft reassumed. tt given. For pap smear + viral typing after 6 months.

Next Appointment:

* Final Report *

US Pelvis transvaginal

Pelvic ultrasound:

AVF uterus. Uterus is ... 6.6 cm.

Homogenous myometrium ... 2.9 cm.

ET measures 8 mm.

-Right ovary is measuring 2.6 x 1.8 cm.

-Left ovary is measuring 3.7 x 2.3 cm. Collapsed luteum cyst 2.2 cm.

Clear adnexa and small free pelvic fluid in the left para-ovarian space.

Sanaa Sayed Hussein Ahmed

US Pelvis transvaginal
This document has an image

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

Prescription وصفة طبية

№

Date: 27 AUG 2024 :التاريخ

Patient's name: Eman Dafalla :إسم المريض

File No.: 039460 :رقم الملف

Age: 40yr :العمر

Δ Vaginitis + Cervicitis

Rx

Deflagyn vag. gel (28)
يومياً بالليل

- Gynocandizole vag. supp. 400mg (3)
تحميلة بالليل كل ليلة عند النوم

Protogyn tab (8)
حبة مرة واحدة بعد العشاء

- Banola vag. wash
مرة يومياً لمدة أسبوع
غسول للمهبل
مرتين في الأسبوع

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523

Surg Path Final Report
Temporary Copy
Case: 10-SP-24-0025915
Collected: 19/08/2024 09:09 AST
Ordered by: Dr. Abdelrahman Magzoub M. Kheir - 021112 - Consultant - Obstetrics and Gynaecology

Patient: EIMAN DAFAALLA MOHMED DAFAALLA
ID: HC08418289
Location: HG Hamad

Clinical Information
Clinical Data: menorrhagia
Frozen Section: No
Contact No: OPD
Fixative: Formalin

Specimen Source
1 endometrial sample

Gross Description
Received in formalin designated "endometrial sample" and consists of tiny fragments of mucoid and brown soft tissue, measuring 1 x 1 cm in aggregate. The specimen is entirely submitted in 1 cassette.

20/08/2024 13:14:06 AST

AA /AA /ALA

SRM

.

Diagnosis
Endometrium, biopsy:
- Benign endocervical tissue and mucin; insufficient for diagnosis of endometrial pathology.
- Repeat endometrial sampling is advised.

Specialist/Resident: Dr. Abdulrahman Saleh A H Al-Janahi Dr.

Electronically signed on 26-AUG-2024 12:22 PM
By Dr. Lina Irshaid Dr.
HG Laboratory, Hamad Medical Corporation, Department of Laboratory Medicine and Pathology, PO Box 3050 Doha, Qatar

Cyto Gyn Report
Temporary Copy
Case: 10-CG-24-0013352
Collected: 19/08/2024 09:08 AST
Ordered by: Dr. Abdelrahman Magzoub M. Kheir - 021112 - Consultant - Obstetrics and Gynaecology

Patient: EIMAN DAFAALLA MOHMED DAFAALLA
ID: HC08418289
Location: HG Hamad

Clinical Information
Clinical Data: menorrhagia
Specimen(Cervical/endocervical/Vaginal): cervical
Previous Cytology/ Biopsy: No
Discharge: no
IUD: no
L.M.P: 06/08/2024
Hormones: No
Pregnant: No
Postpartum: No
Postmenopausal: No
Hysterectomy: No

Specimen Source
Cervix Liquid Prep-surepath

Interpretation of Adequacy
Satisfactory for evaluation: endocervical/transformation zone component present.

Diagnosis
EPITHELIAL CELL ABNORMALITIES
Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US).
Fungal organisms morphologically consistent with Candida.

COMMENT: Molecular analysis for High-Risk HPV sub-types is performed as a reflex test for all cervical cytology cases with ASCUS reporting.
Clinicians are required to obtain sub-typing results from the Cerner Molecular Virology module for patient management.

DISCLAIMER:
• Combined HPV DNA testing with cytological examination (Pap smear) is proved to be more sensitive and improves the specificity in detecting cervical abnormalities and minimizes the need of invasive diagnostic procedures when compared to Pap test alone.
• The interim guidance was developed by American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) and the Society for Gynecological Oncology (SGO) with input from representatives of five other organizations including the American Cancer Society (ACS), American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG), American Society for Clinical Pathology (ASCP), American Society of Cytopathology (ASC) and College of American Pathology (CAP).

Screened by: Sasha Rose Milenkoff - 050880 - Laboratory Senior Technologist-II, MK
Electronically signed on 22-AUG-2024 14:12
By Mrinmay Kumar Mallik
HG Laboratory, Hamad Medical Corporation, Department of Laboratory Medicine and Pathology, PO Box 3050 Doha, Qatar

Gynecologic cytology is a screening procedure subject to both false negative and false positive results. It is most reliable w hen satisfactory sampling is obtained on a regular repetitive basis. Results must be interpreted in the context of historic and current clinical information. A negative

بسم الله الرحمن الرحيم

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

مركـــز د. ليلـى حـامد الطبي ذ.م.م

Date 27 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name ..... الإسم الكامل

Date of Birth ١٩٨٤/٢/١٩ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طبيبة المهنة

I.D Number ..... رقم البطاقة الشخصية

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

Mobile Number ٣٠٤٢٧٩٥- رقم الجوال

Emergency Contact Person د. أحمد عبد الله الحسن أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ٧٠٥٩٤٥٧٦ رقم هاتف

Address: Building No. رقم البناية ١٦ Zone No. رقم المنطقة ٧٥ Street No. رقم الشارع ٦٧٧ العنوان:

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 مسؤليات المريض

Signature ..... التوقيع

File Number 039460

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ ـ فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦ ـ جوال: ٥٥٨٦٥٢٣/٥٥٣٤١٤٧٤ ـ شارع السلام ـ معيذر الشمالي فيلا رقم ٨٠/٨٢

Tel.: 44817651 / 44817652 Fax: 44812796 - Mobile : 55868523 / 55341474

Al Salam Street - Muaither North Villa No. 80 / 82 E-mail : dr.leilamedcenter@gmail.com

بسم الله الرحمن الرحيم

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

مركـــز د. ليلـى حـامـد الطبي ذ.م.م

نموذج الموافقة المستنيـــرة

موافقة على العلاج الطبـــي

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 لـــي.

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: [illegible] دفع الله

التاريـــخ: ٢٠٢٤/٨/١٧

ملف رقم: 039460

التوقيـــع :

د. سلمى بابكر أحمد
Dr.Selma Babiker Ahmed
Specialist(Obstetrics&gynecology)
اخصائية : نساء وولادة
License No. P11399 ترخيص رقم
DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER W.L.L

تليفـون : ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فـاكس ٤٤٨١٢٧٩٦ - شارع السـلام - معيـذر الشمالي فيـلا رقم ٨٠/٨٢
Tel.: 44817652 / 44817652 Fax: 44812796 - Mobile : 55868523 / 55341474
Al Salam Street - Muaither North Villa No. 80/82 E-mail : dr.leilamedcenter@gmail.com

State Of Qatar
Residency Permit

دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No:	28473602551	الرقم الشخصي:
D.O.B.:	09/03/1984	تاريخ الميلاد:
Expiry:	29/10/2025	الصلاحية:
	سودانية	الجنسية:
Nationality:	SUDAN	
Occupation:	ربة منزل	المهنة:

الاسم: ايمان دفع الله محمد دفع الله

Name: EIMAN DAFAALLA MOHMED DAFAALLA

Passport Number:	P07526115	رقم جواز السفر:
Passport Expiry:	13/01/2026	تاريخ انتهاءالجواز:
Serial No:	30128473602551	الرقم المسلسل:
Residency Type:	عائلية	نوع الرخصة:
Employer:	احمد عبد الله الحسن عبد الله	المستقدم:

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature