



File No.: 039131

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039131

Name: FETOUN HAMAD ALQORH

QID No: 30063401306

Sex: Female

Mob: 50316477

ADDRESS: ALSILYA



Age: 24 yrs

Marital Status: 7 month

Spouse's Name: Saeed mohd Almerri

Home Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Aborted on 6/5/24 - twin spontaneous.
pregnancy - aborted at 4 months (? + twin + sin transfusion synd)
No Pain during sex - Post coital bleeding and
episode of - no abnormal vaginal discharge -
Medical History: Not significant

P.H. Not significant F.H. Not significant

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs

Menstrual Habits: Regular every 30 days

L.N.M.P

23-6-24

Menstrual Symptoms: 7 days

Parity: P 0

Abortion

(twin)

Ectopic

Menopause:

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 155 cm

Wt. 68.3

Kg BMI

Kg/m² Bp 100/70 mm Hg

well - cooperative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ Normal vulva - vagina & cervix - normal vaginal
discharge (HVS taken)

Investigation Requested:

TVS - Normal uterus size - ET = 373 - Normal
Both ovaries - No FFCDs

Diagnosis: Vagin. + B

Plan of Management:

medel as VVC & for F/U of HVS results

Next Appointment:



مختبرات ألفا
Alpha laboratories W.L.L.
For Best Quality

MICROBIOLOGY

Name : FELOUN HAMAD ALQORH
Sex/Age : F/ 24 y / 3 m / 28 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 222805
AL No : 61147
Entrance Tm: 01-JUL-2024 11:39:23
Exit Date : 04-JUL-2024 14:02:59
Ext. Ref. Num.: 039131

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:

Few

Gram Positive Bacilli(lactobacilli):

Few

Gram Negative Bacilli:

Few

Yeast Cells:

Nil

Organism Name:

Burkholderia cepacia

Growth Pattern:

Scanty Growth

Sensitivity:

:

Imipenem

Sensitive (+++)

Levofloxacin

Sensitive (+++)

Ciprofloxacin

Sensitive (+++)

Trimethoprim/ Sulfamethoxazole

Sensitive (+++)

Amikacin

Sensitive (+++)

Gentamycin

Sensitive (+++)

Piperacillin Tazobactam

Sensitive (+++)

Meropenem

Sensitive (++)

Cefotaxime

Sensitive (++)

Cefuroxime

Sensitive (++)

Cefipime

Sensitive (+)

Ceftazidime

Intermediate (+/-)

Cefixime

Intermediate (+/-)

Ceftriaxone

Resistant (-)

Aztreonam

Resistant (-)

Cefoxitin

Resistant (-)

Nitrofurantoin

Resistant (-)

Augmentin

Resistant (-)

Note:

*+++ Highest sensitive *++ Medium sensitive *+ Lowest sensitive

*+/- Intermediate * - Resistant



Date 1 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name فتوى د. الفرج الإسم الكامل

Date of Birth 12-4-2000 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation معلمة المهنة

I.D Number 30063401308 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 505164 77 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 770 5340 8 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 ☐ استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039131

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلي 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: فتون محمد المري

1-7-2024

التاريخ:

039131

ملف رقم:

التوقيع :



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30063401306

الرقم:

D.O.B. 12/04/2000

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

05/11/2028

الصلاحية:



الإسم: فتون حمد محمد الشراب القرع

Name: FETOUN HAMAD M A AL-QORH

منطقة 64 - شارع 849 - مبنى 32

العنوان:

Serial No

5 46 2 9 2 1 8 1 1 2 9 2 5 1 3

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

فتون





MICROBIOLOGY

Name : FELOUN HAMAD ALQORH
Sex/Age : F/ 24 y / 3 m / 28 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 222805
AL No : 61147
Entrance Tm: 01-JUL-2024 11:39:23
Exit Date : 04-JUL-2024 14:02:59
Ext. Ref. Num.: 039131

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:	Few
Gram Positive Bacilli(lactobacilli):	Few
Gram Negative Bacilli:	Few
Yeast Cells:	Nil
Organism Name:	Burkholderia cepacia
Growth Pattern:	Scanty Growth
Sensitivity:	:
Imipenem	Sensitive (+++)
Levofloxacin	Sensitive (+++)
Ciprofloxacin	Sensitive (+++)
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	Sensitive (+++)
Amikacin	Sensitive (+++)
Gentamycin	Sensitive (+++)
Piperacillin Tazobactam	Sensitive (+++)
Meropenem	Sensitive (++)
Cefotaxime	Sensitive (++)
Cefuroxime	Sensitive (++)
Cefipime	Sensitive (+)
Ceftazidime	Intermediate (+/-)
Cefixime	Intermediate (+/-)
Ceftriaxone	Resistant (-)
Aztreonam	Resistant (-)
Cefoxitin	Resistant (-)
Nitrofurantoin	Resistant (-)
Augmentin	Resistant (-)

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

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

Prescription

وصفة طبية

Nº

Date: 30 JUN 2024 01 JUL 2024 التاريخ:

Patient's name: Fekoun Hamad Algorh اسم المريض:

File No.: 039131 رقم الملف:

Age: 24yrs / Post abortion العمر:

Rx

- Gyro Candazole vaginal sup 400mg
تحبة لايكس كل ليلة مرة ٤٠٠ ملج

- Ferrasom sticks
قطر بومبا مرة ٤٠٠ ملج

Doctor's signature:

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