



File No.: 038917

Nationality: Morocco

GYNAECOLOGICAL SHEET

Name: Hajar Khatib

Age: 26 yrs

Occupation:

Marital Status: 5 months

ID. No: V-V

Husband's Name: AbdulAziz Almutairi

Address: Lusail

Mobile Phone: 72148472

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Vaginal discharge / 2 wks watery
offensive - Not itchy - Persistent over
the last 2 X-S on & off even before
marriage

Medical History: medically free P.H. No S.P.M.B. F.H. ca bladder
Fisher

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 X-S

L.N.M.P 28-4-24

Menstrual Habits:

Regular every 30 days - 6 days

Menstrual Symptoms:

Not S.P.M.B.

Menopause:

Parity: P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm Wt. 32.9 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Underweight - Nice Person. 1.74

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts:

Normally developed

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ Normal vulva - vagina & cervix -
copious whitish discharge HVS taken

Investigation Requested:

HVS

Diagnosis:

vulva vaginal candidiasis

Plan of Management:

AntiFungal tb + hygiene advice

Next Appointment:

1 week



مختبرات ألفا
Alphalaboratories W.L.L.
For Best Quality

MICROBIOLOGY

Name : HAJAR KHATIB
Sex/Age : F/ 26 y / 2 m / 26 d
Nationality : Morocco
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 220066
AL No : 60349
Entrance Tm: 26-MAY-2024 19:54:43
Exit Date : 28-MAY-2024 11:58:07
Ext. Ref. Num.: 038917

TESTS

RESULTS

Microbiology:

Test Name: High Vaginal Swab C/S

Specimen: Vaginal Swab

Gram Stain:

Pus Cells/h.p.f: Moderate

Epithelial Cells/h.p.f: Moderate

Gram Positive Bacilli(lactobacilli): Many

Gram Negative Bacilli: Moderate

Yeast Cells: Nil

Organism Name: Proteus

Growth Pattern: Heavy Growth

Sensitivity:

Levofloxacin Sensitive (+++)

Ciprofloxacin Sensitive (+++)

Aztreonam Sensitive (+++)

Ceftriaxone Sensitive (+++)

Cefipime Sensitive (+++)

Cefotaxime Sensitive (+++)

Meropenem Sensitive (+++)

Cefixime Sensitive (+++)

Imipenem Sensitive (+++)

Piperacillin Tazobactam Sensitive (++)

Cefuroxime Sensitive (++)

Ceftazidime Sensitive (++)

Amikacin Sensitive (++)

Gentamycin Sensitive (++)

Trimethoprim/ Sulfamethoxazole Sensitive (++)

Cefoxitin Sensitive (+)

Augmentin Sensitive (+)

Nitrofurantoin Resistant (-)

Note:

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

*+/- Intermediate * - Resistant

Date 26 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Hajer Khatib الإسم الكامل

Date of Birth 25/05/1998 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 7214 8472 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 / 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 638917

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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.

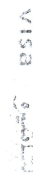
اسم المريض / المريضة: هاجر خطيب

التاريخ: 26/05

ملف رقم: 038917

التوقيع:





PASSEPORT © PASSPORT © جواز سفر

P MAR

Nº do Passaporte/Passport No: رقم الجواز

KP7540628



Norm/Name/الإسم: _____

5.

خطب

KHATIB

Prénoms/Given Names/الاسم الشخصي

ہاجر

HAJAR

Nationalité/Nationality/الجنسية Sexe/Sex/الجنس

Marocaine مغربية F

Lieu de naissance/Place of birth (مكان الميلاد)

SIDI OTHMANE MAROC

Date de délivrance/Date of issue/تاريخ التسليم

28/02/2022

20/02/2022
Date d'expiration/Da

Date de naissance/Date of birth/تاريخ الميلاد

25/05/1998

منذ سنة 1999

HAY AL QODS BD NABOLS NR 82 BERNOUSSI

CASA MAR

Autorité/Authority/المصلحة

PREFECTURE DE SIDI BERNOUSSI

Signature/Signature(4, 4, 20)

Nº C.N.I.E. AD Card No. رقم بطاقة

BB155694

Date d'expiration/Date of expiry: 30/02/2022

Signature(Signature(1, 1, 2))

[illegible]

KP75406285MAR9805253F2702283BB155694<<<<<24