



File No.: 039411

Nationality: Moroccan

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039411
Name: LEILA ALZAITOUNI
QID No: 26750400156 Sex: Female
Mob: 33193640 ADDRESS : MAEZER



Age: 57 yrs

Marital Status: 10 yrs

band's Name: Hussein Hussein

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

clo v. discharge & itching 2/12
mild on & off → Now continues one week

Medical History:

P.H.

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Menopause: 2 yrs

Parity: P 0

Abortion 0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 155 cm Wt. 83-9 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg

Looks well UN - cooperative

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

Acute vulva vaginitis

Rx

12/12/12

Date 20 / 8 / 2011

New Patient Registration Form

Full Name الزبون ليلي الإسم الكامل

Date of Birth 1-1-1967 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation تشغل استغفال المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 33193640 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 77057951 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 039411

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.

ليلى العريضي

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: ٢٠٢٤ / ٨ / ٢٠

ملف رقم: ٥٣٩٤١١



التوقيع:

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 26750400156 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/01/1967 تاريخ الميلاد:
Expiry: 09/12/2026 الصلاحية:
مغربية الجنسية:
Nationality: MOROCCO
Occupation: م شرف ة المهنة:



الاسم: ليلى الزيتوني

Name: LAILA ZAITOUNI

Passport Number: OS9269072 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 22/05/2027 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30526750400156 الرقم الممثل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: بارتني دريم للتجارة والمقاولات والمنسبات المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





MICROBIOLOGY

Name : LEILA ALZAITOUNI
Sex/Age : F/ 57 y / 0 m / 18 d
Nationality : Morocco
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Ebtesam Abdullah
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 226695
AL No : 62429
Entrance Tm: 20-AUG-2024 13:25:19
Exit Date : 22-AUG-2024 15:14:47
Ext. Ref. Num.: 039411

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:	Few
Gram Positive Bacilli(lactobacilli):	Few
Gram Negative Diplococci:	Moderate
Yeast Cells:	Nil
Organism Name:	Neisseria gonorrhoeae
Growth Pattern:	Moderate Growth
Result:	Culture shows the growth of Neisseria gonorrhoeae after 48 hours of incubation.

Note: This is a preliminary report, Clinical correlation and further confirmation can be done by alternative tests like PCR.

*Sensitivity is not applicable for Neisseria gonorrhoeae, Due to emerging strains of drug-resistant Neisseria gonorrhoeae it is commonly treated with the antibiotic ceftriaxone given as an injection and with oral azithromycin (Zithromax).

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 د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

20 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Leila Alzaatouni: إسم المريض:

File No.: 039 411: رقم الملف:

Age: 57ys: العمر: Vaginitis

Rx

- Diflucan eney 3 days p. (3 cap)

- Gynocandizole vag. oules 400mg
1x1x3d

- Imulcam gel od x 2 wks

- Lomescan vag. oules 1000mg
after 1 wk

- Nizokal cream BD x 1 wk

1 wk

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523