



File No.: 039399

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039399
Name: MUBARKA SAEED NOORA
QID No: 27463401511 Sex: Female
Mob: 55418080 ADDRESS: ALWAKRA

Age: 50 yrs. dd

Marital Status: 25 yrs.

d's Name: Hamad Mabbkhout Al marri

Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

vaginal discharge & itching / 4 days.
- no abnormal smell or urinary symptoms.

Medical History: diabetic on insulin P.H. myomectomy F.H. M + F 2010 (DM & HTN)
+ glucose phage.

MENSTRUAL HISTORY: - by perceptive onset. - CLS 2014

Menarche: not sure L.N.M.P. - abdominoplasty 2024.
Menstrual Habits: regular. Last 10 days - 8 months ago ?? menopause.

Menstrual Symptoms: heavy Menopause:

Parity: P I Abortion 0 Ectopic LCB 10 Yrs

- 1st preg. - CLS - 10 Yrs, a/w

EXAMINATION

General Examination: Ht. 144 cm Wt. 67.3 Kg BMI 16.7 Bp 110/70 mm Hg
Cooperative. not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: closed & taut "recent abdominoplasty"

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION: Dark coloured vulva & scratching marks.

Speculum Exam. red. vag. mucosa. whitish vag. discharge

Bimanual Exam. mild cysto-rectocele. CX looks normal. H.V.S

Rectal Exam. not done forceps was taken.

Investigation Requested:

Non

Diagnosis:

A vulvo vaginitis

Plan of Management: Pt reassured. tx given.

Next Appointment:



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

MICROBIOLOGY

Name : MUBARRAKA SAEED
Sex/Age : F/ 50 y / 11 m / 5 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Selma Babiker Ahmed
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 226563
AL No : 62384
Entrance Tm: 18-AUG-2024 13:02:41
Exit Date : 20-AUG-2024 12:40:31
Ext. Ref. Num.: 039399

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 Bacilli:	Moderate
Yeast Cells:	Nil
Organism Name:	Escherichia coli
Growth Pattern:	Heavy Growth
Sensitivity:	:
Cefipime	Sensitive (+++)
Aztreonam	Sensitive (+++)
Imipenem	Sensitive (+++)
Ceftriaxone	Sensitive (+++)
Meropenem	Sensitive (+++)
Levofloxacin	Sensitive (+++)
Ciprofloxacin	Sensitive (++)
Cefoxitin	Sensitive (++)
Ceftazidime	Sensitive (++)
Piperacillin Tazobactam	Sensitive (++)
Cefotaxime	Sensitive (++)
Cefixime	Sensitive (++)
Amikacin	Sensitive (++)
Gentamicin	Sensitive (++)
Augmentin	Sensitive (+)
Nitrofurantoin	Sensitive (+)
Cefuroxime	Sensitive (+)
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	Resistant (-)

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





Date 18 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name صابرة محمد علي صابرة الإسم الكامل

Date of Birth 9/7/1974 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation موظفة في مستشفى الرعاية الأولية المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55418080 رقم الجوال

Emergency Contact Person 66808006 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 3 Zone No. 91 Street No. 1388 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 039399



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: صباحة محمد علي محمد نور

التاريخ: ١٨/٨/٢٠٢٤

ملف رقم: ٥٧٩٣٩٩

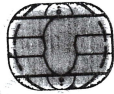


التوقيع: [Signature]

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27463401511

الرقم:

D.O.B. 09/07/1974

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

30/09/2028

الصلاحية:



الإسم: مباركه سعيد على سعيد نوره

Name: MUBARKA SAEED A S NOORA

منطقة 91 - شارع 1368 - مبنى 3

العنوان:

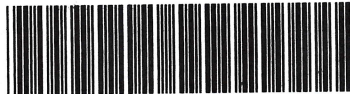
Serial No:

53582612172832DF

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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

وصفة طبية Prescription

Nº

20 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Mubnaka Saeed اسم المريض:

File No.: 039399 رقم الملف:

Age: 50yr Δ vaginitis العمر:

Rx

Levo Floxacin tabs 500mg
حبّة يومياً، لمدة أسبوع

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523



وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 18 AUG 2024 التاريخ:
Patient's name: Mubarka Saeed اسم المريض:
File No.: 039399 رقم الملف:
Age: 50/45 العمر: 50/45
Δ Vulvovaginitis

Rx

Bonella vag. wash

Clyno candazole vag supp. cream (3)

Kenazole cream

protogyn tabs (8)

Doctor's signature: