

First marriage
for BAH



- 31 V-S
- unemploye
- NA smoker
- slim
- married free

File No.: 039233

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039233
Name: SAMERA MOHAMED ALQAHTANI
QID No: 29668200711 Sex: Female
Mob: 50310650 ADDRESS: MUITHER

Age: 28 y/o

Marital Status: 7 months

Spouse's Name: Mohammed Makhhar Alqahatani

Home Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Brownish vaginal discharge for 2 days
occur ~~NO~~ post coital bleeding - No abnormal
vaginal discharge.

Medical History: Hx of hyperthyroidism, P.H. NA smoker F.H. NA smoker
recurrent

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 y/o L.N.M.P. 3/7/24 Am
Menstrual Habits: Regular every 28 days - 5 days
Menstrual Symptoms: NA smoker Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 156 cm Wt. 91.1 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
 obese - well - Not cooperative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD - No galactorrhea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. uncooperative - Normal vulva & vagina
curdy vaginal discharge - ex. to be
Bimanual Exam. visualize & assess next visit. If shy
Rectal Exam. cooperate.

Investigation Requested:

- TVS 2 - Normal AVE uterus ET 5.61 mm - normal
BOL ovaries & good reserve - NO EFFCDs
Hrs taken.

Diagnosis: vulvo vaginal candidiasis + once (orubider SPAG)

Plan of Management: Antifungal ttt + Reassurance

Next Appointment:



MICROBIOLOGY

Name : SAMERA MOHD
Sex/Age : F/ 28 y / 4 m / 28 d
Nationality : Saudi Arabia
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 224019
AL No : 61578
Entrance Tm: 17-JUL-2024 11:44:21
Exit Date : 20-JUL-2024 14:02:29
Ext. Ref. Num.: 039233

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

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



Date 16 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name ميرزا محمد عارف الإسم الكامل

Date of Birth 12 / 11 / 1997 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation للموظف المهنة

I.D Number ٤٩٦٦٨٢٨٨ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٠١١٦٥٠ رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ٥٥٧٩٦٦٢٨ رقم هاتف

Address: Building No. ٨ Zone No. ٥٥ Street No. ٤٩٦ 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 039 233



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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:

سليمة محمد

التاريخ: ١٦ / ٧ / ٢٠٢٤

ملف رقم: 039233

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29668200711 الرقم:

D.O.B: 13/07/1996 تاريخ الميلاد:

Nationality: SAUDI / سعودية الجنسية:

Date of expiry: 05/06/2029 الصلاحية:



الإسم: سميره محمد معيض القحطاني

Name: SAMIRAH MOHAMMED M ALQAHTANI

منطقة 55 - شارع 495 - مبنى 80

العنوان:

Serial No: 111112064028A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





MICROBIOLOGY

Name : SAMERA MOHD
Sex/Age : F/ 28 y / 4 m / 28 d
Nationality : Saudi Arabia
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 224019
AL No : 61578
Entrance Tm: 17-JUL-2024 11:44:21
Exit Date : 20-JUL-2024 14:06:32
Ext. Ref. Num.: 039233

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.	Moderate
Gram Positive Bacilli(lactobacilli):	Few
Gram Negative Bacilli:	Few
Yeast Cells:	Nil
Organism Name:	Escherichia coli
Growth Pattern:	Scanty Growth
Sensitivity:	:
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	Sensitive (+++)
Ciprofloxacin	Sensitive (+++)
Levofloxacin	Sensitive (+++)
Imipenem	Sensitive (+++)
Meropenem	Sensitive (+++)
Amikacin	Sensitive (+++)
Gentamycin	Sensitive (+++)
Piperacillin Tazobactam	Sensitive (++)
Cefotaxime	Sensitive (++)
Cefuroxime	Sensitive (++)
Cefipime	Sensitive (+)
Nitrofurantoin	Intermediate (+/-)
Cefixime	Intermediate (+/-)
Ceftazidime	Intermediate (+/-)
Augmentin	Resistant (-)
Cefoxitin	Resistant (-)
Aztreonam	Resistant (-)
Ceftriaxone	Resistant (-)
Note: *+++ Highest sensitive *++ Medium sensitive *+ Lowest sensitive *+/- Intermediate * - Resistant	

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER WLL

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

وصفة طبية Prescription

No

Date: 20 JUL 2024 التاريخ:

Patient's name: Samera mohamed اسم المريض:

File No.: 039233 رقم الملف:

Age: 28yrs / vulvovaginitis (E-Coli) العمر:

Rx

Ciprofloxacin tabs 500mg

٥٠٠ ملغ ١٠ ساعة مرة (٥)

١٢ (خمسة أيام)

Doctor's signature:



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

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: ٤٤٨١٢٦٥١ / ٤٤٨١٢٦٥٢ فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

20 JUL 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Samera Mohamed اسم المريض:

File No.: 039233 رقم الملف:

Age: 28 yrs / vulvovaginitis (E.Coli) العمر:

Rx

Ciprofloxacin tabs 500mg

حب ٥٠٠ ملغ كل ١٢ ساعة لمدة ٥

أيام (خمسة أيام)

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523

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 د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

16 JUL 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Samera Mohal اسم المريض:

File No.: 039233 رقم الملف:

Age: 28yrs | 28 years العمر:

Rx

Gyno Candazole vaginal suppository
400mg
نخيلة ليدل كاندازول
٤٠٠ ملغ
٣

Doctor's signature:

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