



File No.: 039710

Nationality: PAL

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039710
Name: SAMIA MOHAMED YASEEN
QID No: 27999900160 Sex: Female
Mob: 55284678 ADDRESS: ALAZIZIA

Age: 44 YRS.
Marital Status: 74 YRS.
Name: AHMAD HAYDER ALBORDINE
Residence Phone:

SYMPTOMS:

Lower abdominal pain 1 wk, vaginal spotting yesterday now stop, use natural family planning for contraception

Medical History: thyroid nodule? 1.5cm, Asthmatic on P.H. unlabical hernia FH. DM & HTN
ventolin on need- para umbilical hernia (M & F) 2017

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 years. L.N.M.P. 14/9/24
Menstrual Habits: regular, monthly, lasting 7 days-
Menstrual Symptoms: mild pain
Parity: P 6 Abortion 1 Ectopic LCB 2019
NVDs 4-w. 2 months evacuated surgically
♀ 4 ♂ 2

EXAMINATION

General Examination: Ht. 168 cm Wt. 151.5 Kg BMI Kg/m² Bp 130/80 mm Hg
morbidly obese. not pale

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. redundant vaginal walls high cervix
Bimanual Exam. pussy discharge, hyperemic spots, no bleeding
Rectal Exam. Pap smear taken

Investigation Requested: AVF ut of regular contour, GA endomet 14 mm. Rt ov. up to clear fluid & normal doppler
Lt ov. - L.N.

Diagnosis: Metrorrhagia, Rt ov. up to cervix

Plan of Management:

AB Gave HIO abnormal Pap smear before 2019
Next Appointment: 2017



Pap Smear Report

Patient Name : SAMIA MOHAMED YASEIN Y HAMAD

File No. : 2549311

Visit No. : ALZ220677

Report No. : 24103775

Ref by Doctor : Laila Hamid

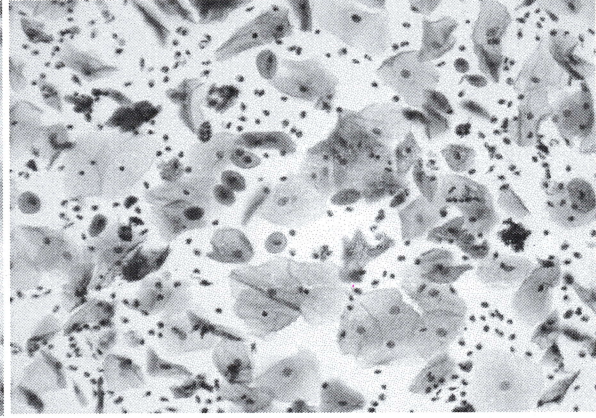
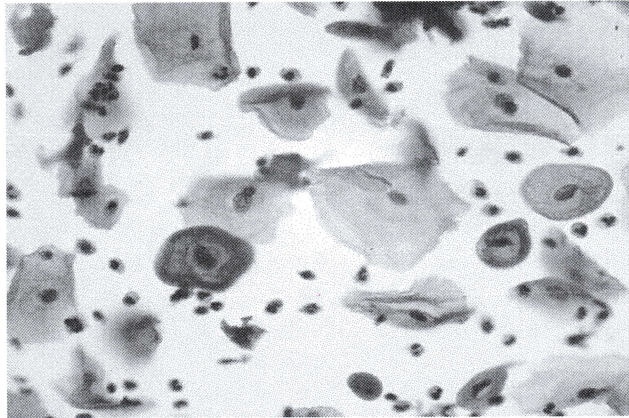
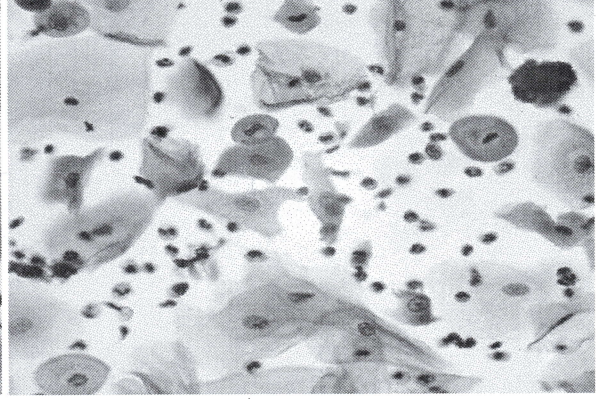
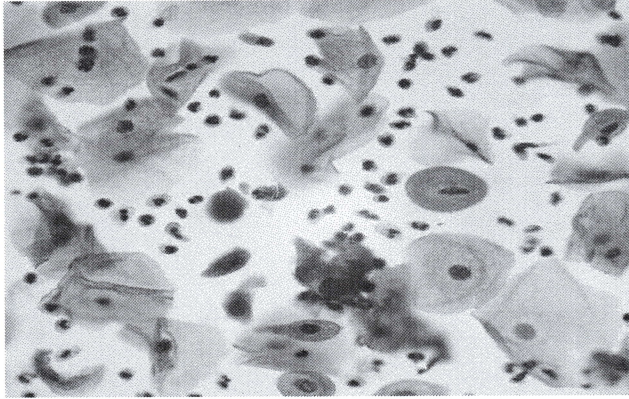
Age : 45 Years

Gender : Female

Identify Type : 27999900160

Sample Date : 02/10/2024

Result Date : 03/10/2024



Note: All slides are kept for **5 years** after the date of reporting.

Lab Doctor: Dr. Maha Kotrob / P12783

Dr. Maha Fares Kotrob
Laboratory
Medicine/Anatomic Pathology
License No P12783





Pap Smear Report

Patient Name : SAMIA MOHAMED YASEIN Y HAMAD

File No. : 2549311 / 1039710

Visit No. : ALZ220677

Report No. : 24103775

Ref by Doctor : Laila Hamid

Age : 45 Years

Gender : Female

Identify Type : 27999900160

Sample Date : 02/10/2024

Result Date : 03/10/2024

Liquid-based preparation PAP Smear

Cytological Number: PAP 24/103775

Test requested	:	cervical smear in liquid fixation.
Clinical information	:	LMP 14/09/2024, abnormal bleeding.
Adequacy	:	Satisfactory for evaluation.
Microscopy	:	- The squamous cells are superficial and intermediate. - Reactive cellular changes associated with mild inflammation, few metaplastic cells, few sets show mild nuclear enlargement, slight nuclear membrane irregularity, few of them showing perinuclear halos (suggest Koilocytosis). - Negative for: trichomonas vaginalis, actinomyces spp, candida albicans, and herpes simplex virus. - Few normal endocervical glandular, no endometrial cells.
Diagnosis	:	<u>Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US) & Mild Nonspecific Cervicitis.</u>
Recommendation	:	Follow up by Repeat after 3 to 6 months are recommended, HPV DNA test is advised.

Lab Doctor: Dr. Maha Kotrob / P12783

Dr. Maha Fares Kotrob
Laboratory
Medicine/Anatomic Pathology
License No P12783





PAP Smear REQUEST

Patient Name: Samia Mohammed Yassin Patient QID: _____ Patient File No: 039710
 Nationality: PAL Age: 44 years Gender ☐ M ☒ F Date of Request: _____
 Tel/Mobile No.: Dr. Leila Bahir E-mail: _____
 Patient Clinical Data: _____ Married? ☒ YES ☐ NO Children No: 6

Sample obtained by:

☐ Ayres Spatula☒ Brush☐ Liquid-based Cytology

Smear Site:

☒ Cervix☐ Endocervix☐ Endometrial Aspiration☐ Labia☐ Vaginal Vault☐ Vaginal Wall☐ Vulva

Menstrual State:

☐ Pre-Menopausal☐ Post-Partum☐ Perimenopausal☐ Menopausal☐ Yes ☒ NoLMP 14 Day 9 Month 2024

Current Hormone Use:

On Hormone?

☐ YES☒ NO

For Contraception

☐ YES☒ NO

For Therapy

☐ YES☐ NO

Estrogen & Progesterone

☐ YES☒ NO☐ Estrogen Only☐ Progesterone Only

Other Medication (Specify): _____

Other relevant information:

Abnormal Bleeding

☒ YES☐ NO

Suspicious Lesion

☐ YES☒ NO

Using IUD

☐ YES☒ NOPrevious Uterine Procedures: NO☐ Bite Biopsy☐ Cryotherapy☐ Endometrial Biopsy☐ Loop☐ Colposcopy☐ Electrocautery☐ Cone Biopsy☐ LaserHysterectomy: NO☐ Subtotal (uterus removed, cervix remain)☐ Total (uterus & cervix excised)

Date conducted:

Day

Month

Year

Prior Malignancy

Dr. Leila Hamid

استشارية نسائية وتوليد

Consultant OB GYN

ترخيص رقم P832



Requesting Physician Signature & Stamp:

Date of Procedure:

02 OCT 2024
2024 10 02

Procedure Done By (Name & Signature):



Date 27/10/2019

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 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: العريبي

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 039710

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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: سامية محمد حمد

التاريخ: 2-10-24

ملف رقم: 039710

التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27999900160 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 15/08/1979 تاريخ الميلاد:
Expiry: 24/08/2027 الصلاحية:
Nationality: PALESTIN الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: سامية محمد ياسين يوسف حمد

Name: SAMIA MOHAMED YASEIN YOUSEF HAMAD

Passport Number: P00297800 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 12/09/2027 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 31427999900160 الرقم المسلسل:
Residency Type: عائلية نوع الرخصة:
Employer: احمد حيدر محمد علي البردوني المتقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

