



File No.: 039704

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039704
Name: SHAIKHA MOHAMED ALHAJR
QID No: 29063403638 Sex: Female
Mob: 70180067 ADDRESS: ALABEEB

Age: 34 yrs
Marital Status: 6 yrs
Name: Mohammed Jaber Almesalam
Residence Phone:

SYMPTOMS:

Burning micturition 1 month
Persistent whitish vaginal discharge - non itchy
offensive

Medical History: T1DM at 11 Y.S. Hypothyroid on 100mg P.H. 2 CLS F.H. - DM Father - HIT mother

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y.S. L.N.M.P. 4/9/24
Menstrual Habits: Regular every month - 7 days
Menstrual Symptoms: None Menopause:
Parity: P 2 Abortion 1 Ectopic LCB 14 months

♀ 2 ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 164 cm Wt. 65 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg
well - cooperative

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD - CLS Scan

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. - Normal vulva - vaginal & CX
Bimanual Exam. - creamy vaginal discharge HVS taken

Rectal Exam.

Investigation Requested:

- urine dipstick Nit - ve, 1+ gluc
- HVS + urine culture sent

Diagnosis:

vulva vaginal candidiasis + ? UTI

Plan of Management:

oral anti-biotic + Antifungal suppositories
BHCG: Negative

Next Appointment:

Name : Shaikha Mohamed Alhajri
Lab. No. : 332456569
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 29063403638
File No. : 039704

Sample Date : 02/10/2024 15:55 PM
Report Date : 05/10/2024 09:55 AM

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 34 Year Sex : Female
Microbiology Unit

Urine Culture

Isolation Organisms:

(1) Escherichia coli

Modifier : >100,000 CFU/ml

Antibiotics	(1)Escherichia coli	MIC
Cefazolin	S	
Cefuroxime	S	
Ceftazidime	S	
Ceftriaxone	S	
Cefepime	S	
Ertapenem	S	
Imipenem	S	
Meropenem	S	
Amikacin	S	
Gentamicin	S	
Ciprofloxacin	S	
Nitrofurantoin	S	
Trimethoprim sulfamethoxazole	S	
Cefoxitin	S	
Amoxicillin-clavanic acid	S	
Piperacillin-tazobactam	S	
Cefixime	S	
Cefotaxime	S	
Aztreonam	S	
Doripenem	S	
Tobramycin	S	
Levofloxacin	S	
Norfloxacin	S	
Fosfomycin	S	

P:Pos:-N:NegS:SensitiveI:IntermediateR:Resistant

Printed By: System

All Rights Reserved © National Technology

Page

1 Of 2

AM :Printed Date 10:11 05/10/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

44472224 | <https://alborgdx.com> | f @ t alborgdx / alborgqatar

Al Borg Medical Laboratories Co. Ltd. Doha - Qatar. Email: csv.qatar@alborgdx.com

Name : Shaikha Mohamed Alhajri
Lab. No. : 332456569
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 29063403638
File No. :
Sample Date : 02/10/2024 15:55 PM
Report Date : 05/10/2024 09:55 AM

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 34 Year Sex : Female
Microbiology Unit

Urine Culture

Please correlate clinically.

Bacterial Identification and Antimicrobial Susceptibility Test were performed on Vitek2Compact Advance Expert System (AES).

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Anatomical & Clinical Pathology
License No. 3403

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

Verified By : Angelito Jr Velilla Austria
Printed By: System

All Rights Reserved © National Technology

Page 2 Of 2

AM :Printed Date 10:11 05/10/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

44472224 | <https://alborgdx.com> | f @ alborgdx / alborgqatar

Al Borg Medical Laboratories Co. Ltd. Doha - Qatar. Email: csv.qatar@alborgdx.com

Name : Shaikha Mohamed Alhajri
Lab. No. : 332456401
Contract. : Al Koot Insurance
Patient No. : 29063403638
File No. :

Sample Date : 01/10/2024 21:53 PM
Report Date : 05/10/2024 10:46 AM
Doctor references : Dr. Salwa Elgaly Musa

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 34 Year Sex : Female
Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Test	Result
Vaginal Discharge Examination	Occasional large gram positive bacilli; Some curved gram variable bacilli; Few gram negative bacilli; some epithelial cells
Gram Stain	Occasional
WBCs/ LPF	

Isolation Organisms:

Modifier : heavy growth

(1) Escherichia coli (ESBL)

Antibiotics	(1)Escherichia coli (ESBL)	MIC
Piperacillin-tazobactam	S	
Amoxicillin-clavulanic acid	R	
Cefazolin	R	
Cefuroxime	R	
Ceftazidime	S	
Ceftriaxone	S	
Cefepime	S	
Ertapenem	S	
Imipenem	S	
Meropenem	S	
Amikacin	S	
Gentamicin	S	
Ciprofloxacin	S	
Trimethoprim sulfamethoxazole	R	
Ampicillin	R	
Cefaclor	R	
Cefalexin	R	
Cefalotin	R	
Cefonicid	R	
Cefotaxime	S	
Doripenem	S	
Tobramycin	S	
Norfloxacin	S	

Name : Shaikha Mohamed Alhajri
Lab. No. : 332456401
Contract. : Al Koot Insurance
Patient No. : 29063403638
File No. :

Sample Date : 01/10/2024 21:53 PM
Report Date : 05/10/2024 10:46 AM
Doctor references : Dr. Salwa Elgaly Musa

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 34 Year Sex : Female
Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

P:Pos-:-N:NegS:SensitiveI:IntermediateR:Resistant

Vaginal smear and culture was suggestive of Aerobic Vaginitis.

Assessment of Gram stain is based on Nugent Scoring System
Nugent Score = 5, which is considered indeterminate for Bacterial Vaginosis. Vaginal smear
gram stain shows altered vaginal flora.

Please correlate clinically.

Bacterial Identification and Antimicrobial Susceptibility Test were performed on
Vitek2Compact Advance Expert System (AES).

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Anatomical & Clinical Pathology
License No. 3403

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

Verified By : Angelito Jr Velilla Austria
Printed By: System

All Rights Reserved © National Technology

Page 2 Of 2

PM :Printed Date 12:26 05/10/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

44472224 | <https://alborgdx.com> | f @ t alborgdx / alborgqatar

Al Borg Medical Laboratories Co. Ltd. Doha - Qatar. Email: csv.qatar@alborgdx.com

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: SHAIKHA

Patient ID: 1

Multistix® 10 SG
Test date 10-01-2024
Time 7:15PM
Operator ANU
Test number 2935
Color Yellow
Clarity Clear

*GLU 1+ *
BIL Negative



Date 1 / 10 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name Shau'cha Al-Hajri الإسم الكامل

Date of Birth 21 - Feb - 2024 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation Admin. المهنة

I.D Number 29063403638 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 70180067 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 53 Zone No. 70 Street No. 673 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 [Signature] التوقيع

File Number 039704

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.

Shau'ka Al-Hajri

اسم المريض / المريضة:

1 - 10 - 2024

التاريخ:



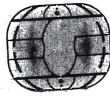
ملف رقم: 039704

التوقيع:

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29063403638

الرقم:

D.O.B. 21/02/1990

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

30/09/2028

الصلاحية:



الاسم: شيخه محمد طالب الشهواني الهاجري

Name: SHAIKHA MOHAMMED T SH AL-HAJRI

منطقة 70 - شارع 673 - مبنى 53

العنوان:

Serial No:

71734204151925C9

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



شركة التأمين

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE W.L.L



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، Shanikha Al-Hajri، الموقعة أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلى حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريضة: Shanikha Al-Hajri
رقم الملف: 039704
رقم الجوال: 70180067
التاريخ: 01.10.24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع:

Subject: Insurance Payment Agreement

I, _____, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of _____ QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: _____

File number: _____

Mobile no.: _____

Date: _____

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: _____