3rd — C/S → breech
4th NBAC 5kg

مركز د. ليلى حامد الطبي
DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No.: 038929

Nationality: British

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR.LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038929
Name: SHAIMA MOHAMMED TALLAB
QID No: VISIT VISA Sex: Female
Mob: 52088042 Address: AL THUMAMA

Age: 51 yrs

Marital Status: 30 yrs

Husband's Name: Hassaan Ajel

Mobile Phone: 52088042 Residence Phone:

SYMPTOMS: - involuntary urination (chronic cough)
+ For annual check (before difficult smear)
No burning micturition or abnormal vaginal discharge.
urinary dribbling, for the last year oligomeno-

Medical History: stroke 2020 affected Lt eye on clopidogrel **P.H.** [2] C/S → laparoscopy **F.H.** IHD & HTN parent

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 16 yr **L.N.M.P** 5/3/24

Menstrual Habits: was irregular every 2 month spotting only

Menstrual Symptoms: – **Menopause:**

Parity: **P** 4 **Abortion** 2 **Ectopic** **LCB** 20 Yrs

♀ 1 ♂ 3

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 89.5 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
overwt, well, coop, depressed and tired

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD – C/S + laparoscopy scars

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. high cx moderate upto rectocele, cx flat
Bimanual Exam. fornices small & difficult to see
Rectal Exam. long vagina, menilial and

Investigation Requested:
Review appnt, elongated ut N/S, Rt ov
& follicle Lt ov N/S n echo
No FFCDS, endomet 8A, 8 mm.

Diagnosis: Gynae check up & Pelvic adhesions

Plan of Management:
Pap smear taken

Next Appointment: FSH

Name	**: Shaimaa Mohammed**	**Sample Date**	**: 29/05/2024 13:41 PM**
Lab. No.	**: 332430067**	**Report Date**	**: 31/05/2024 21:33 PM**
Contract.	**: Dr. Layla Bashir**		
Patient No.	**: 562363403**	**this sample was collected outside lab**	
File No.	**:**		

Branch : Qatar Waab Age : 52 Year Sex : Female Int. No. : 4G24.2272

Cytology Unit

Liquid Based Pap (Sure Path®)

EDUCATIONAL NOTES

- Pap test is a screening test for cervical cancer with inherent false negative result.
- Combined HPV DNA testing with cytological examination (Pap smear) is proved to be more sensitive and improves the specificity in detecting cervical abnormalities and minimizes the need of invasive diagnostic procedures when compared to Pap test alone.
- The Interim guidance was developed by American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) and the Society for gynecological oncology (SGO) with input from representatives of five other organizations including the American Cancer Society (ACS), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Society for Clinical Pathology (ASCP), American Society of Cytopathology (ASC) and the college of American Pathologists (CAP).

References:

- 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) Consensus Guidelines Conference.
- Huh WK et al 2015. Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance.
- 2016 Practice Bulletin No. 168; American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Verified By :

Dr. Delaram Mohammad
Mahmoud Arwlan
FRCPath ,License No. 2778

Delaram M. Mahmoud
...topathology & Cytology
License No. 2775
Al Borg Laboratory

Name	**: Shaimaa Mohammed**	**Sample Date**	**: 29/05/2024 13:41 PM**
Lab. No.	**: 332430067**	**Report Date**	**: 31/05/2024 21:33 PM**
Contract.	**: Dr. Layla Bashir**		
Patient No.	**: 562363403**	**this sample was collected outside lab**	
File No.	: 038929		

Branch : Qatar Waab Age : 52 Year Sex : Female Int. No. : 4G24.2272

Cytology Unit

Liquid Based Pap (Sure Path®)

SPECIMEN TYPE
PAP smear cytology (sure path)

CLINICAL DATA
Pelvic pain / Amenorrhea

ADEQUACY
Adequate, endocervical cells

INTERPRETATION
Smear shows superficial and intermediate squamous cells in a background of a few neutrophils.
Endometrial cells (According to The Bethesda System in women > = 45 years): Not seen.
There are no features of intraepithelial lesion or viral change.

RESULT
Negative for intraepithelial lesion or malignancy (NILM).

RECOMMENDATION
Routine PAP screening.

COMMENT

- HPV-DNA testing is advised and can be performed on the provided Liquid PAP sample upon request. (Within 30 Days)
- This report follows the updated Bethesda System for Reporting Cervical Cytology, third edition, 2014.

44472224 | https://alborgdx.com | alborgdx / alborgqatar
Al Borg Medical Laboratories Co. Ltd. Doha - Qatar. Email: csv.qatar@alborgdx.com

CAP ACCREDITED
COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS
Al Waab Laboratory

مختبرات البرج
Al Borg Diagnostics

Organization Accredited by Joint Commission International
Al Waab & Duhail Labs

Name	**: Shaimaa Mohammed**	**Sample Date**	**: 28/05/2024 20:46 PM**
Lab. No.	**: 332429930**	**Report Date**	**: 28/05/2024 23:29 PM**
Contract.	**: Al Koot Insurance**	**Doctor references**	**: Dr. Leila Hamid**
Patient No.	**: 562363403**	**this sample was collected outside lab**	
File No.	**: 038929**		

Branch : Qatar Waab **Age : 52 Year** **Sex : Female**

Chemistry Unit

Test	Result	Unit	Ref. Range
Follicular Stimulating Hormone (FSH)	**28.58**	mIU/mL	**Follicular 3.5 - 12.5** **Midcycle 4.7 - 21.5** **Luteal 1.7 - 7.7** **P. Menopause 25.8 - 134.8**
Lutenizing Hormone (LH)	**20.67**	mIU/mL	**Follicular 2.4 - 12.6** **Ovulation 14.0 - 95.6** **Luteal 1.0 - 11.4** **P.Menopause 7.7 - 58.5**

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Anatomical & Clinical Pathology
License No. 3483

Dr. Hisham El-banawy
Consultant

Verified By : Leo Mark Calderon Casabar
Printed By: System

Printed Date AM 11:24 29/05/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

بسم الله الرحمن الرحيم

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

مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م

Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	
	FILE NO: 038929
	NAME: Shaimaa mohammed
	LMP: 5-3-24
	GRAVIDA: PARA: 4 ABORTION: 2
	REASON FOR SCAN: Delayed Period

UTERUS: High up CIS scar — (NORMAL) ENLARGED

ENDOMETRIAL STRIP: (NORMAL) ET 2.95 mm THICKENED

ADNEXA:

R OVARY 25 MM X 17 MM

L OVARY 19 MM X 13 MM

OTHER FINDINGS: No FF CDS

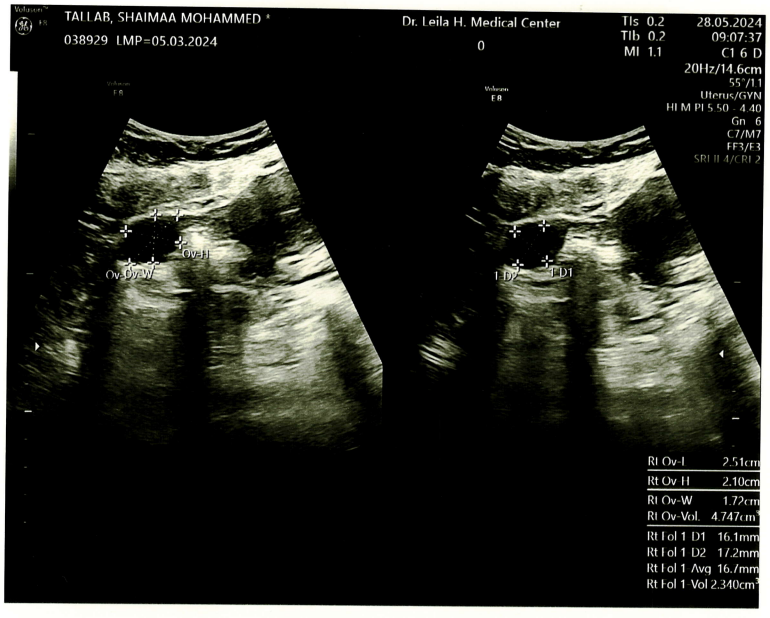
IMPRESSION: Normal Pelvic Scan after than high utes 2° to CIS adhesion.

د. ليلى حامد
Dr.Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
Consultant OB GYN
License No. P832 ترخيص رقم

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER W.L.L

DOCTOR SIGNATURE AND STAMP

تليفون : ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ فاكس ٤٤٨١٢٧٩٦ - شارع السلام - معيذر الشمالي فيلا رقم ٢٤٧٧٠ (٧٦)
Tel.: 44817651 / 44817652 Fax: 44812796 -Al Salam Street - North Muaither Villa No. 24770 (76)



Volume 1.402 cm³ 1.402

Right Ovary

بسم الله الرحمن الرحيم

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

مركـــز د. ليلـى حـامد الطبي ذ.م.م

Date 28 / 5 / 24

New Patient Registration Form

Full Name ..... الإسم 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:

١٩ رقم البناية ٤٦ رقم المنطقة ٩٥٠ 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 مسؤليات المريض

Signature ..... التوقيع

File Number 038929

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ ـ فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦ ـ جوال: ٥٥٨٦٥٢٣/٥٥٣٤١٤٧٤ ـ شارع السلام ـ معيذر الشمالي فيلا رقم ٨٠/٨٢

Tel.: 44817651 / 44817652 Fax: 44812796 - Mobile : 55868523 / 55341474

Al Salam Street - Muaither North Villa No. 80 / 82 E-mail : dr.leilamedcenter@gmail.com

بسم الله الرحمن الرحيم

مركـــز د. ليلـى حـامـد الطبي ذ.م.م

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

نموذج الموافقة المستنيـــرة

موافقة على العلاج الطبـــي

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 لـــي.

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: Shaimaa Tallah

التاريـــخ: 28-5-2024

ملف رقم: 038929

التوقيـــع :

د/ليلى حامد
Dr.Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
License No. [illegible] ترخيص رقم

تليفـون : ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فـاكـس ٤٤٨١٢٧٩٦ - شارع الســلام - معيـذر الشمالي فيـلا رقم ٨٠/٨٢
Tel.: 44817652 / 44817652 Fax: 44812796 - Mobile : 55868523 / 55341474
Al Salam Street - Muaither North Villa No. 80/82 E-mail : dr.leilamedcenter@gmail.com

THIS PAGE IS RESERVED FOR OFFICIAL OBSERVATIONS
CETTE PAGE EST RESERVEE AUX OBSERVATIONS OFFICIELLES (11)

THERE ARE NO OFFICIAL OBSERVATIONS

HOLDER'S SIGNATURE/SIGNATURE DU TITULAIRE

UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND

Type/Type	Code/Code	Passport No./Passeport No.
P	GBR	562363403

TALLAB

SHAIMAA MOHAMMED

BRITISH CITIZEN

01 AUG /AOUT 72

F BAGHDAD

Date of expiry/Date d'expiration (9)	Holder's signature/Signature du titulaire (10)
16 JUL /JUIL 29	

16 JUL /JUIL 19 HMPO

BAL3720 /

SEE PAGE ABOVE

P<GBRTALLAB<<SHAIMAA<MOHAMMED<<<<<<<<<<<<<<<

5623634038GBR7208012F2907169<<<<<<<<<<<<<<00

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

مركـــز د. ليلـى حـامـد الطبي ش.م.ق

الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، شيماء تالب، 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: Shaimaa Tallab

رقم الملف: 038929

رقم الجوال: 520 88042

التاريخ: 28.05.24

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: _____

تليفون : ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس : ٤٤٨١٢٧٩٦ - جوال : ٥٥٨٦٨٥٢٣ / ٥٥٣٤١٤٧٤ شارع السلام - معيذر الشمالي فيلا رقم ٨٠ / ٨٢

Tel.: 44817652 - Fax: 44812796 - Mobile : 55868523 / 55341474 - Al Salam Street - Muaither North Villa No. 80 / 82

E-mail: dr.leilamedcenter@gmail.com