



File No.: 038931

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 038931
 Name: SHARIFA MOHD AL NAEIMI
 QID No: 27663401046 Sex: Female
 Mob: 66708266 Address: EZQWA



Age: 48 yrs

Marital Status: 28 yrs

and's Name: Mohammed Alkawari

Phone: 66708266

Residence Phone:

SYMPTOMS:

heavy menstrual bleeding 12 yrs
 affecting her quality of life + severe pain
 (menstrual) + post coital bleeding - consult
 Physician → uterine Fibroid - Normal PAP smear 6 months
 Medical History: on thyroxine 100ug P.H. - Thyroidectomy F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 10 Yrs

L.N.M.P

Menstrual Habits: Regular every 30 days - 7 days

Menstrual Symptoms: heavy clots

Menopause:

Parity: P

5

Abortion: 5

Ectopic

LCB

11 yrs

♀

3

♂

2

AU NVD, a/w

EXAMINATIONGeneral Examination: Ht. 155 cm Wt. 75.3 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

normal Wt, coop. - normal ♀ Look, looks Younger of her age. Scar of thyroidect.

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

Scar NAD but

Breasts:

Scar of mammoplasty

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Cx of multicystic adhesions at Post fornix

Bimanual Exam.

tender when doing SIF, other fornices

Rectal Exam.

free, exuberant -ve. ut not tender

Investigation Requested:

AUE uterine v. small fibroids ant & post wall

ovaries

Rt 1 e-2 follicles

Diagnosis:

Lt → NIS Alchor

Plan of Management:

Chronic pelvic pain, to R/O PID
 pelvic endometriosis

Next Appointment:

CA 125
 HUS



MICROBIOLOGY

Name : SHARIFA MOHAMMED
Sex/Age : F/ 48 y / 3 m / 23 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Leila Hamid
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 220254
AL No : 60409
Entrance Tm: 28-MAY-2024 15:26:31
Exit Date : 30-MAY-2024 12:15:22
Ext. Ref. Num.: 038931

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:	Moderate
Gram Positive Bacilli(lactobacilli):	Rare
Gram Positive Cocci:	Few
Yeast Cells:	Nil
Organism Name:	Enterococcus
Growth Pattern:	Moderate Growth
Sensitivity:	:
Linezolid	Sensitive (+++)
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	Sensitive (+++)
Augmentin	Sensitive (+++)
Moxifloxacin	Sensitive (++)
Chloramphenicol	Sensitive (++)
Nitrofurantoin	Sensitive (++)
Levofloxacin	Sensitive (+)
Vancomycin	Sensitive (+)
Penicillin G	Sensitive (+)
Ciprofloxacin	Sensitive (+)
Norfloxacin	Sensitive (+)
Teicoplanin	Sensitive (+)
Gentamycin High Level	Sensitive (+)
Azithromycin	Resistant (-)
Ampicillin	Resistant (-)
Doxacycline	Resistant (-)
Novobiocin	Resistant (-)
Ampicillin/ Sulbactam	Resistant (-)
Tetracycline	Resistant (-)
Erythromycin	Resistant (-)
Clindamycin	Resistant (-)

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



مختبرات ألفا ذ.م.ق
Alphalaboratories W.L.L.
For Best Quality

ENDOCRINOLOGY

60409

Name : SHARIFA MOHAMMED
Sex/Age : F/ 48 y/ 3 m / 21 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Leila Hamid
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 220110
AL No : 60409
Entrance Tm: 28-MAY-2024 15:26:31
Exit Date : 28-MAY-2024 17:55:18
Ext. Ref. Num.: 038931

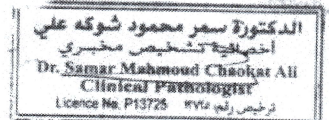
TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
CA 125	16.04	U/ml	< 35.0

Lab Tech Name. : AZHAR_LAB

Al-Waab - Doha - Qatar - P.O.Box: 21746
Tel: +974 44883998 - Mob: +974 66991393
Website: www.alphalabsqatar.com
E-mail: info@alphalabsqatar.com



ISO 9001:2015
Quality Management System
ISO 15189:2012
Medical Laboratories Management System





Date 28/5/24

New Patient Registration Form

Full Name شريفه محي الدين الإسم الكامل

Date of Birth 23/3/1976 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 27663401046 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66708266 رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 7771212 رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية 22 رقم المنطقة 51 رقم الشارع 325 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 استلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 038931



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.

استأذ

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: شريفه الناصر

التاريخ: 28/5/2024

ملف رقم: 038931

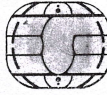
التوقيع:

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

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27663401046

الرقم:

D.O.B. 23/03/1976

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 29/05/2031

الصلاحية:



الإسم: شريفه محمد سيف البرغش النعيمي

Name: SHAREEFA MOHD S B AL-NAIMI

منطقة 51 - شارع 325 - مبنى 22

العنوان:

Serial No:

4390CECB0102472

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

