



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 29 AUG 2024 TIME: _____

File No: 039288

Name: Wadha Ali Sex: Female Nationality: Qatar Age: 19

Occupation: _____ LCB: _____ Marital Status: 7 months

QID. No: 3056 340 26 27 Husband's / Wife's Name: Abdulla Raja Aldosaki

Address: muiather Mobile No: 33990073 Residence Phone: _____

Pulse	BP	Temperature	Respiratory Rate:	Weight Height	Pain Score	Head Circum (Pedia)	Nurse ID/Signature

Presenting complain and duration : _____

Abney Laseu

History of Present Illness : _____

Allergies: ☐ Medication ☐ No ☐ Yes ☐ Food ☐ No ☐ Yes

Others If Yes, Specify: _____

Past History (Medical / Surgical / Psychological): ☐ No ☐ Yes If Yes Specify _____Review Of Systems: ☐ Not Significant ☐ Significant Specify: _____Family History: ☐ No ☐ Yes If Yes Specify _____Current Medications: ☐ No ☐ Yes If Yes Specify

1. _____ 4. _____ 7. _____

2. _____ 5. _____ 8. _____

First visit for
BAH



Husband
- 26 Y-S
- Smoker
- Obese

File No.: 039288

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039288
Name: WADHA ALI ALFAHIDA
QID No: 30563402627 Sex: Female
Mob: 33990073 ADDRESS: MUITHER

Age: 19y/0

Marital Status: 7 months

nd's Name: Abakella Raja Aldosari

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

vulval Itching & white vaginal discharge @ months received only over candida H -

Medical History:

medically free

P.H.

NA S.B.M.A

F.H.

Dr. B.A.L.
P.M.A

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12x-5

Menstrual Habits:

Regular every 20 days - 6 days

Menstrual Symptoms:

NA S.B.M.A

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm

Wt. 107.2 Kg

BMI

Kg/m²

Bp 120/80 mm Hg

moderately obese - coarctate

Chest, C.V.S.

NA

Abdomen:

NA

Breasts:

-

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Ex F. N. G. at vulval skin dry & multiple laceration - whitish vaginal discharge Low vaginal smears taken

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Cx - 8 w. H. V.B.T

Investigation Requested:

H&A/C - Low vaginal smears

Diagnosis:

Severe vulvo vaginal B

Plan of Management:

Anti Fungal Ht & a waiting smear ready

Next Appointment:

~

Name : Wadha Ali
Lab. No. : 332442103
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 2160-039288
File No. :

Sample Date : 30/07/2024 21:02 PM
Report Date : 03/08/2024 09:38 AM

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 19 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vulval Swab Examination C/S

Test	Result
Vulval Swab Examination	
Gram Stain	Many gram variable coccobacilli; Clue cells and Yeast cells present; few epithelial cells
WBCs/ LPF	Occasional

Isolation Organisms:

(1) Candida spp

Modifier : moderate growth

Antibiotics	(1)Candida spp	MIC
-	-	

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

Candida spp.: Antimycotic treatment is recommended.
The presence of clue cells is suggestive for Bacterial vaginosis caused by Gardnerella vaginalis which is sensitive to Metronidazole.
Please correlate clinically.

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Antomical & Clinical Pathology
Dr. Hisham El Banawy
Consultant

HbA1c result

Model:EP.616

Date	07/30/24 08:37PM
O-ID	wadha ali
P-ID	039288
Gender	Unknown
Birth	---
Lot No	C1311301R1003
Item	HbA1c



Date 30 / 7 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name رامي كمال نجاع الفهدية الإسم الكامل

Date of Birth 14/6/2005 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation خالصة المهنة

I.D Number 30563402627 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 33990073 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33990073 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:

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 039288

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: وخى كل شا

التاريخ: 24-8-29

ملف رقم: 039288

التوقيع: [Signature]

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 إجراء 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: وخى علي شجاع الفهد

التاريخ: 30/7/2024

ملف رقم: 039288

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30563402627 الرقم:

D.O.B. 14/06/2005 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 26/08/2025 الصلاحية:



الاسم: وضى على شجاع على الفهيدة

Name: WADHA ALI S A ALFAHIDA

منطقة 55 - شارع 1224 - مبنى 13

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





بسم الله الرحمن الرحيم
مركز د/ ليلي حامد الطبي
نموذج موافقة على إزاله الشعر

ليزر الساینشور النقي يقوم بإطلاق دفعه مكثفه من الضوء يتم إمتصاصها بواسطة بصيلات الشعر يرتدي جميع المتواجدين في غرفه العلاج بما فيهم أنا غطاء وقائي للعين لحماية العين من التضرر من هذا الضوء الكثيف.
يكون الإحساس بالضوء غير مريح وقد تشعر بشعور يماثل الإحساس بالحرارة والذي قد يستمر لعدة ساعات.
قد تصبح المنطقة التي تم علاجها حمراء لعدة ساعات أو عدة أيام، قد تحدث تقرحات لذا ينبغي التعامل مع هذه المنطقة برفق بعد العلاج واستخدام الكريم الموصوف من قبل الطبيب.
هناك بعض الإجراءات التي قد تكون ضروريه وقد تم إخباري بأن فرط التصبغ (حدوث دكاته في الجلد) ونقص التصبغ (يصبح لون الجلد فاتح) هي من المخاطر والمضاعفات المتوقعة من ذلك الإجراء.
وقد فهمت التعرض للشمس وعدم إتباع تعليمات العناية ما بعد المعالجة من شأنها أن تزيد من فرصة تعرضي للمضاعفات.
لقد قمت بقراءة وفهم جميع المعلومات التي تم منحها لي قبل التوقيع على الموافقة وقد تم منحي الفرصه للأسئله.

المريض أو (الوصي القانوني)

التاريخ:

الشاهد:

wa h



نموذج موافقة على إزالة الشعر

Candela GentleMax Pro

ليزر الكاندلة (GentleMax Pro) يقوم بإطلاق دفعه مكثفه من الضوء يتم إمتصاصها بواسطة بصيلاات الشعرولا يستخدم في بعض مناطق الجلد، مثل محيط العينين ومنطقة الحاجبين والجفون من أجل تفادي تضررهما. يرتدي جميع المتواجدين في غرفه العلاج بما فيهم أنا غطاء وقائي للعين لحماية العين من التضرر من هذا الضوء الكثيف.

يكون الإحساس بالضوء غير مريح وقد تشعر بشعور يماثل الإحساس بالحرارة والذي قد يستمر لفترة بسيطة.

قد تصبح المنطقة التي تم علاجها حمراء أو متورمة لعدة ساعات أو عدة أيام وخاصةً بالنسبة للأشخاص ذوي البشرة الحساسة، قد تحدث تقرحات لذا ينبغي التعامل هذه المنطقة برفق بعد العلاج وإستخدام الكريم الموصوف من قبل الطبيب لمدة 48 ساعة وذلك لتهدئة أي التهابات.

هناك بعض الإجراءات التي قد تكون ضرورية وقد تم إخباري بأن فرط التصبغ (حدوث دكانه في الجلد) ونقص التصبغ (يصبح لون الجلد فاتح) هي من المخاطر والمضاعفات المتوقعة من ذلك الإجراء.

وقد فهمت التعرض للشمس وعدم إتباع تعليمات العناية ما بعد المعالجة من شأنها أن تزيد من فرصة تعرضي للمضاعفات.

لقد قمت بقراءة وفهم جميع المعلومات التي تم منحها لي قبل التوقيع على الموافقة وقد تم منحي الفرصه للأسئلة.

الاسم: و منحت كل

رقم الملف: 039288

التاريخ: 29-2-24

التوقيع: [Signature]

Name : Wadha Ali
Lab. No. : 332442103
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 2160-039288
File No. :

Sample Date : 30/07/2024 21:02 PM

Report Date : 03/08/2024 09:38 AM

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 19 Year Sex : Female

Microbiology Unit

Vulval Swab Examination C/S

Test	Result
Vulval Swab Examination	
Gram Stain	Many gram variable coccobacilli; Clue cells and Yeast cells present; few epithelial cells
WBCs/ LPF	Occasional

Isolation Organisms:

(1) Candida spp

Modifier : moderate growth

Antibiotics	(1)Candida spp	MIC
-	-	

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

Candida spp.: Antimycotic treatment is recommended.
The presence of clue cells is suggestive for Bacterial vaginosis caused by Gardnerella vaginalis which is sensitive to Metronidazole.
Please correlate clinically.

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Antomical & Clinical Pathology
Dr. Hisham El Banawy
Consultant

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مرکز د. لیلی حامد الطبي ذ.م.م.

تلفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فکس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معینر الشمالی
فیلا رقم: ٨٠ و ٨٢

Prescription وصفة طبية

No

Date:

30 JUL 2024

Patient's name:

Wadha Ali

التاریخ:

اسم المريض:

File No.:

039288

رقم الملف:

Age:

19 yrs

vulva vaginitis

العمر:

Rx

- Gyno Candazole vaginal supps 400mg (3)

تخملة لاجل لیلی حامد
- متنا لیلی

- Kenazole cream

مسحوق قاسم لیلی حامد

- Hy-sil cream

مسحوق قاسم لیلی حامد
- Bratt's intimate wash

Doctor's signature:

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



Prescription وصفة طبية

No

Date:

03 AUG 2024

التاريخ:

Patient's name: Wadha Ali

إسم المريض:

File No.: 039288

رقم الملف:

Age: 19 yrs / VVC + B-V

العمر:

Rx

② - Fluconazole tabs 150 mg

حبّة اليوم بعد المساء
الثلاثاء القادم بعد المساء

② - NuVessa vaginal gel

جِل مهبل اليوم عند النوم
الثلاثاء القادم عند النوم وتضع
المهبلية الزمصة عند وضع الجِل

Doctor's signature:



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



وصفة طبية Prescription

Nº

Date: 06 AUG 2024 التاريخ:

Patient's name: Wadha Ali اسم المريض:

File No.: 039288 رقم الملف:

Age: 19 yrs / severe vulva vaginitis العمر:

Rx

③
Gyno candidazole vaginal sup 400mg
تجربة Lactinol ٤٠٠ ملل مع الماء في اليوم واحد
- Kemonazole cream ①
معجون فارمولا ١٠٠ ملل مع الماء في اليوم
- Nuvessa gel ②
ملحوم معجون في اليوم واحد
- Flucanazole 150 mg ②
في اليوم واحد
③ أيام

Doctor's signature: _____