



File No.: 038958

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038958

Name: WASMYA NASER ALAJMI

QID No: 28341400027

Sex: Female

Mob: 33310185

Address: ALSHAHANYA



Age: 43 yrs

Marital Status: 13 yrs

band's Name: Abdulla Hamad Almarri

bile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

clo post coital v. bleeding + last 3/12
 many issues - H/o Breast lump for lumpectomy
 (shoulder joint operation - back - liposuction - many stories
 mainly heavy & prolonged periods

Medical History: GDM + PIH 1st trimester P.H. 6 C/S. T. ligation F.H. 1

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13-14 yrs L.N.M.P. 15-5-24

Menstrual Habits: Regular Monthly For 5-6 days

Menstrual Symptoms: None Menopause:

Parity: P 6 Abortion 3 (D+E) Ectopic LCB 2020



Twindix

**EXAMINATION**General Examination: Ht. 151 cm Wt. 66.2 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg 36.4°C

Chest, C.V.S. Looked well 84.1mm 181mm

Abdomen: NAD

Breasts: Not Examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. CX - looked almost bit during

Bimanual Exam. Pap - easy bled mid yellow

Rectal Exam. discharge Normal vulva

Investigation Requested: T - val A/F uterus GT 13mm

Diagnosis: 19mm

Plan of Management: postcoital bleeding + HMB for biopsy by doctor

Next Appointment: R. given

Name : Wasmya Naser
Lab. No. : 332430747
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 2160-038958
File No. :

Sample Date : 01/06/2024 19:39 PM
Report Date : 03/06/2024 12:14 PM

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 43 Year Sex : Female Int. No. : 4G24.2329
Cytology Unit

Liquid Based Pap (Sure Path®)

SPECIMEN TYPE

Pap smear cytology (sure path)

CLINICAL DATA

Healthy cervix / Vaginal discharge

ADEQUACY

Adequate, endocervical cells

INTERPRETATION

Smear shows superficial and intermediate squamous cells.
Group of cells are showing slightly enlarged, slightly dark nuclei suggesting ASCUS.

RESULT

Atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS)

RECOMMENDATION

HPV-DNA testing is **recommended** and can be performed on the provided Liquid PAP sample upon request. (Within 30 Days)
Follow up according to HPV DNA test.
Clinical follow up and repeat PAP test after treatment (at least 3 months later) if applicable and if clinically indicated.

COMMENT

- This report follows the updated Bethesda System for Reporting Cervical Cytology, third edition, 2014.

Name : Wasmia Naser
Lab. No. : 332430747
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 2160-038958
File No. :

Sample Date : 01/06/2024 19:39 PM
Report Date : 03/06/2024 12:14 PM

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 43 Year Sex : Female Int. No. : 4G24.2329
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. Elif Hasan



Date / /

1-6-24



مختبرات البرج الطبية
Al Borg Medical Laboratories

Client Code

03895

PAP TEST REQUEST

(Please complete required data for quality assurance)

☐ Conventional

☒ LBC Sure Path

☐ LBC Thin Prep

Physician Date

Hospital / Clinic

Physician Name

Mob / Fax

P.O.Box

Email

DLHMC
Dr. Chh Sam

Patient Data

Name

Age

Nationality

File No.

Telephone

Iqama / ID No.

Wasmya Naser
43ys
Q
038958
33310185

Parity

6

Last delivery / Abortion

2020
Day Month Year

Menopause

LMP

☒ Regular

☐ Irregular

Day

Month

Year

15-5-24

Pregnancy

☐ Yes

☐ No

Lactating

☐ Yes

☐ No

Smoking

☐ Yes

☐ No

Source of PAP Smear :

☒ Cervix

☐ Vagina

☐ Cervico-vaginal

Clinical Data

Vaginal

☒

Discharge

☐

Bleeding

Cervical

☒

Healthy

☐

Erosion

☐

Ectropion

☐

Post Coital Bleeding

☐

Polyp

☐

Suspicious

Uterine

☐

Hystectomy

☐

IUD

☐ Hormonal Intake

☐ Family History of Cancer

☐ Radio /Chemo Therapy

☐ Other Findings

Previous Pap Test

☐

Normal

☐

Abnormal

Date / /

Lab. No

Colposcopic exam

Signature :

Al Borg Medical Laboratories Co.Ltd. Qatar

Branch: Villa 311, Al Waab Street, Al Waab Area, Doha Tel: 44472224 Fax: 44475553 P.O.Box: 5207
Branch: Villa 14 Abdulrahman Bin Abi Samra Street (952) Zone 31, Tel: 44818410 Fax: 44146710

شركة البرج للمختبرات الطبية: فرع دولة قطر
الفرع الرئيسي: فيلا 311 شارع الوعب. منطقة الوعب. الدوحة هاتف: 44472224 فاكس: 44475553 ص ب: 5207
فرع الدجيل: فيلا رقم 14، شارع عبدالرحمن بن أبي سمرة رقم 952، منطقة 31، هاتف: 44818410، فاكس: 44146710



MEDICAL REFERRAL LETTER

GYNE AND GENERAL PATIENT'S

To Doctor : WARE GYNE ER

From : DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

Patient's Name: Wasmiya Naser Alajmi

Age: 43/10 Nationality: Qatari

Is P 6 Abortion 3 Ectopic 0

☐ LOW RISK

☒ HIGH RISK

☐ INF

☐ OTHERS 5 cl + T- ligation

Referred To :

☐ For Booking to OPD

☒ ER cl + post coital bleeding to spotting

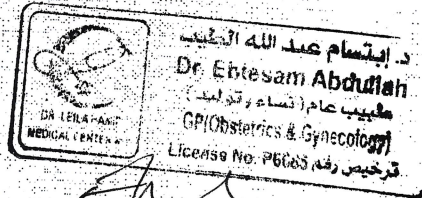
Pap smear ASCUS - for typing +
Your kind care + management

Referred By:

Doctor's Name:

Date:

09 JUN 2024





Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL

مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م

Date 1 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name وسية نامرغوبه العبيد الإسم الكامل

Date of Birth 24.7.1983 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation معلمة المهنة

I.D Number 283 91400027 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 33310185 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person 55 889119 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

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ 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 [Signature] التوقيع

File Number 038958

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: عبد الله العجيري

11/6/2024

التاريخ:

038958

ملف رقم:

عبد الله العجيري

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28341400027

الرقم:

D.O.B. 24/07/1983

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

17/11/2029

الصلاحية:



الإسم: وسميه ناصر فهد سالم العجمي

Name: WASMEYAH NASER F S ALAJMI

منطقة 80 - شارع 945 - مبنى 85

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١/٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

01 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: واسم المريض: Wasmay Naser

File No.: رقم الملف: 038958

Age: العمر: 43ys

Rx

Yenlip vag Pess
1 x 1 x 7d

Doctor's signature: كس

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