



File No.: 038971

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 038971
 Name: JAWAHER SAEED ALQAHTAN
 QID No: 30263401864 Sex: Female
 Mob: 50151881 Address: ALSILYA



Age: 22 yrs

Marital Status: 2NKS

band's Name: METEB HEBABI

Mobile Phone:

Residence Phone:

28 yrs
 - not smoker
 - "stopped"
 - TB

SYMPTOMS:

- newly married 23 days.
 - clt yellowish vag. discharge + burning micturition.
 - Also she has dry cough - Also she clt left inguinal tender swelling.

Medical History: medically free P.H. Non apart F.H. F (DM).
 from inguinal hernial repair

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P 1-5-24
 Menstrual Habits: regular - last for 7 days every month.
 Menstrual Symptoms: asts & dysmenorrhoea Menopause:
 Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB

**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 157.5 cm Wt. 54.5 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
 Cooperative, not pale.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Soft.
 * There is left tender inguinal lymph node ~ 2cm x 2cm + other small.
 Breasts: well developed. no galactorrhoea.

PELVIC EXAMINATION: normal vulva & vagina. no hymen now.
 Speculum Exam. yellowish vag. discharge. cx looks normal.
 Bimanual Exam. H-V-S for CLS was taken.
 Rectal Exam. not done.

Investigation Requested:

UG → Bld + I
 bue Trace.
 - H-V-S for CLS

Diagnosis:

→ honeymoon cystitis + vaginitis + lymphadenitis.

Plan of Management:

Pt reassured. tt given to her & her husband as he clt of urinary symptoms also.

Next Appointment:



MICROBIOLOGY

Name : JAWAHER SAEED
Sex/Age : F/ 22 y / 2 m / 27 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Selma Babiker Ahmed
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 220633
AL No : 60527
Entrance Tm: 02-JUN-2024 16:58:32
Exit Date : 04-JUN-2024 13:16:16
Ext. Ref. Num.: 038971

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):	Few
Gram Positive Cocci:	Many
Yeast Cells:	Nil
Organism Name:	Streptococcus agalactiae
Growth Pattern:	Heavy Growth
Sensitivity:	:
Penicillin	Sensitive (+++)
Ceftriaxone	Sensitive (+++)
Linezolid	Sensitive (+++)
Augmentin	Sensitive (+++)
Ampicillin	Sensitive (+++)
Azithromycin	Sensitive (+++)
Cefotaxime	Sensitive (+++)
Erythromycin	Sensitive (++)
Nitrofurantoin	Sensitive (++)
Clindamycin	Sensitive (++)
Chloramphenicol	Sensitive (++)
Moxifloxacin	Sensitive (++)
Vancomycin	Sensitive (+)
Tetracycline	Sensitive (+)
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	Sensitive (+)
Levofloxacin	Sensitive (+)
Ofloxacin	Sensitive (+)
Bacitracin	Resistant (-)
Gentamycin	Resistant (-)

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

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: JAWAHER

Patient ID: 038971

Multistix® 10 SG
Test date 06-02-2024
Time 2:00PM
Operator B
Test number 2218
Color Yellow
Clarity Clear

GLU Negative
BIL Negative

Date 2 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الإسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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:

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 038971

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 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: جواهر سعيد العجماني

التاريخ: 2/6/2024

ملف رقم: 038971

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30263401864

الرقم:

D.O.B. 23/05/2002

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

12/07/2030

الصلاحية:



الإسم: جواهر سعيد على ال ملحف القحطاني

Name: JAWAHER SAEED A A AL-QAHTANI

منطقة 55 - شارع 669 - مبنى 11

العنوان:

Serial No:

3464590619082479

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





MICROBIOLOGY

Name : JAWAHER SAEED
Sex/Age : F / 22 y / 2 m / 27 d
Nationality : Qatar
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Selma Babiker Ahmed
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 220633
AL No : 60527
Entrance Tm: 02-JUN-2024 16:58:32
Exit Date : 04-JUN-2024 13:16:16
Ext. Ref. Num.: 038971

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):

Few

Gram Positive Cocci:

Many

Yeast Cells:

Nil

Organism Name:

Streptococcus agalactiae

Growth Pattern:

Heavy Growth

Sensitivity:

:

Penicillin

Sensitive (+++)

Ceftriaxone

Sensitive (+++)

Linezolid

Sensitive (+++)

Augmentin

Sensitive (+++)

Ampicillin

Sensitive (+++)

Azithromycin

Sensitive (+++)

Cefotaxime

Sensitive (+++)

Erythromycin

Sensitive (++)

Nitrofurantoin

Sensitive (++)

Clindamycin

Sensitive (++)

Chloramphenicol

Sensitive (++)

Moxifloxacin

Sensitive (++)

Vancomycin

Sensitive (+)

Tetracycline

Sensitive (+)

Trimethoprim/ Sulfamethoxazole

Sensitive (+)

Levofloxacin

Sensitive (+)

Ofloxacin

Sensitive (+)

Bacitracin

Resistant (-)

Gentamycin

Resistant (-)

Note:

+++ Highest sensitive ++ Medium sensitive + Lowest sensitive

+/- Intermediate * - Resistant

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

02 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Meteb Mahdi: اسم المريض:

File No.: 038971: رقم الملف:

Age: 28 years: العمر: 28 years

Rx

Ciprofloxacin tabs 500mg

٥٠٠ م.ج. بعد الوجبة ٢ مرة في اليوم

١٠ أيام

D-mannosa Sachets (14)

١٤ حبة ٢ مرات في اليوم

Doctor's signature:

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

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥٢ / ٤٤٨١٧٦٥١ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

02 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Jawaher Saeed اسم المريض:

File No.: 038971 رقم الملف:

Age: 22yn العمر: 22 years

Δ cystitis + vaginitis
+ lymphadenitis

Rx

- Dalacin vagi supp. (3)

كبسولة كل ليلة عن الماء

- augmentin tabs 1gm

١٠٠٠ ٢ مرات مع الطعام

- Cough syrup "For dry cough"

ملعقة سبعة ٣ مرات يوميا

- D-mannosa Powder (14)

١٠٠ ٢ مرات مع الماء

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523

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 الطیبي د.م.م.

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

وصفة طبية *Prescription*

No!

05 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Tawakeer Saeed : إسم المريض

File No.: 038971 : رقم الملف

Age: 22 yrs . العمر :

Rx

Doctor's signature:



د. سلمى بابكر أحمد
Dr.Selma Babiker Ahmed
Specialist(Obstetrics&gynecology)
اختصاصية : نساء وولادة
ترخيص رقم P11399 License No.

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