



File No.: 039720

Nationality: QAT

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 039720
 Name: MODHI HUSAIN ALMARRI
 QID No: 30363401438 Sex: Female
 Mob: 51001025 ADDRESS: ALWEKEER

Age: 21 YRS.

Marital Status: 5 mos.

Name: AEDULLA HADI ALHAIJI

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- whitish itchy offensive vaginal discharge - No urinary symptoms
 - wants to conceive

Medical History:

Non

P.H. Non

F.H. DM mother

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 Y-S

L.N.M.P

23-9-24

Menstrual Habits:

Regular every month for 6 days

Menstrual Symptoms:

Non

Menopause:

Parity:

P 0

Abortion 0

Ectopic

LCB

**EXAMINATION**General Examination: Ht. 161 cm Wt. 66.10 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Well - cooperative

Chest, C.V.S.

NAD

Abdomen:

NAD

Breasts:

NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

- Normal vulva - Vagina & CP
 - moderate frothy & curdy vaginal discharge - HVS taken.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

- HVS taken
 - TVS 2 - RVF uterus ET 7mm - normal both ovaries
 no dominant follicle both sides - no FFCDs

Diagnosis:

VVC ± B.V

Plan of Management:

Rx given & reassured to wait spontaneous pregnancy

Next Appointment:

R



مختبرات دلتا العالمية د.م.م

DELTA INTERNATIONAL LABORATORIES W.L.L

Quality • Safety • Privacy

MICROBIOLOGY

Name : MODHI HUSAIN
Sex/Age : F/ 21 y/ 9 m / 4 d
Nationality : Other
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr Salwa Elgaly Musa
Ref. By Clinic : DRLEILAMC

Lab No : 38084
DL No : 26615
Entrance Tm: 03-OCT-2024 21:30:10
Exit Date : 05-OCT-2024 18:47:26
Ext. Ref. Num.: 039720

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE VALUE
Test Name	Culture and Sensitivity		
Sample	High Vaginal Swab		
Gram Stain			
Polymorphs /hpf	2-3		
RBC's /hpf	1-2		
Epithelial cells /hpf	6-8		
Gram Positive Bacilli (Lactobacilli)	+		
Gardnerella	Absent		
Yeast cells	Absent		
Result	No growth after 48 hours of incubation		
Sensitivity	-		
Comment:			
Please correlate clinically.			

Pathologist Name. Dr .Swaroop, Anatomical and Clinical Pathologist

Dr Swaroop



Delta Intl. Labs-Qatar
مختبرات دلتا العالمية قطر
License No:4324 DOHA - QATAR

Tel: +974 40064466 - Mob: +974 70644466 - P.O.Box: 214170, Al Sadd, Doha - Qatar
هاتف: +٩٧٤٤٠٠٦٤٤٦٦ - جوال: +٩٧٤٧٠٦٤٤٦٦ - ص.ب: ٢١٤١٧٠، الدوحة - قطر



E.mail : info@deltalabsqatar.com

Website : www.deltalabsqatar.com





Date 3 / 15 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name مرضي حسين مزيج المري الإسم الكامل

Date of Birth 16 / 4 / 2003 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation جامعية المهنة

I.D Number 30363401438 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) لا يوجد رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 51001495 رقم الجوال

Emergency Contact Person زوجي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 33121138 رقم هاتف

Address: Building No. 90 Zone No. 1469 Street No. الركن 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 039720



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: موضي حسن مري

التاريخ: 3/16/2024

ملف رقم: 039720

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30363401438

الرقم:

D.O.B. 16/04/2003

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

14/06/2033

الصلاحية:



الإسم: موسى حسين فرج ال سليم المرى

Name: MOUDHI HUSSAIN F A AL-MARRI

منطقة 91 - شارع 1296 - مبنى 7

العنوان:

Serial No: 113414092118A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

