




File No.: 038915

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 038915
 Name: NOORA MOHAMMED ALMARI
 QID No: 29763401293 Sex: Female
 Mob: 66719796 Address: ALSILYA



Age: 27 yrs
 Marital Status: 3 yrs
 Band's Name: Ali Hamad Almarri
 Mobile Phone: _____ Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

- Watery - Yellowish vaginal discharge
 Itchy Smelling - First episode after herbal
 vaginal remedies.

Medical History:

Medically Free P.H. NA Significant F.H. N.A Significant

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: _____ L.N.M.P 4-5-24
 Menstrual Habits: Regular every 30 days - 4 days
 Menstrual Symptoms: N.A Significant Menopause: _____
 Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic _____ LCB 7/2/24

EXAMINATION

♀ 2 ♂ _____
 General Examination: Ht. 162 cm Wt. 111.9 Kg BMI _____ Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
 Well - cooperative - obese

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD - Fatty abdomen

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Scared & uncooperative - Normal
 Bimanual Exam. Vagina & healthy ex - copious yellowish
 Rectal Exam. Vaginal discharge HVS taken - wide introitus
 & small cystocele - No uterine desc

Investigation Requested:

HVS

Diagnosis: Vulvovaginitis

Plan of Management: VVC HT + BV HT & For F/U HVS

Next Appointment: _____

Name : Noora Mohammed
Lab. No. : 332430466
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 2160-038915
File No. :

Sample Date : 30/05/2024 19:47 PM
Report Date : 02/06/2024 09:42 AM

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 27 Year

Sex : Female

Microbiology Unit

Vaginal Swab Examination C/S

Test	Result
Vaginal Discharge Examination	
Gram Stain	Some large gram positive bacilli; Yeast cells present; some epithelial cells
WBCs/ LPF	Few

Isolation Organisms:

(1) Candida spp

Modifier : heavy growth

Antibiotics	(1)Candida spp	MIC
-	-	

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

Vaginal smear and culture was suggestive of Candidiasis
Candida spp.: Antimycotic treatment is recommended.

Assessment of Gram stain is based on Nugent Scoring System
Nugent Score = 1, which is considered negative for Bacterial Vaginosis

Please correlate clinically.

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Anatomical & Clinical Pathology
Dr. Hisham El-banawy
Consultant

Verified By : Odie Soriano
Printed By: System

Page 1 Of 1

PM :Printed Date 15:31 03/06/2024

Powered by LDM www.nt-me.com

All Rights Reserved © National Technology

44472224 | <https://alborgdx.com> | f @ alborgdx / alborgqatar

Al Borg Medical Laboratories Co. Ltd. Doha - Qatar. Email: csv.qatar@alborqdx.com

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: NORAH

Patient ID: 038915

Multistix® 10 SG
Test date 09-02-2024
Time 3:09PM
Operator LAMIS
Test number 2752
Color Yellow
Clarity Clear

GLU Negative
BIL Negative
KET Negative
SG 4.845

Date 30 / 5 / 24

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل د. محمد الحريد

Date of Birth تاريخ الميلاد 19 / 04 / 1983

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

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality الجنسية قطرية

Occupation المهنة رب منزل

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال 0671 9796

Emergency Contact Person أقرب الأقراب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية 58 رقم المنطقة 55 رقم الشارع 1022 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 038955

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: نورة محمد

التاريخ: 2-9-2014

ملف رقم: 038915

التوقيع: Handwritten Signature

د/ ليلي حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية طب نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

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: نوره محمد الحارثي

التاريخ: ٢٠١٤ / ٥ / ٣٠ م

ملف رقم: 038955



التوقيع:

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29763401293 الرقم:

D.O.B. 23/04/1997 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 12/09/2027 الصلاحية:



الإسم: نوره محمد على الصفوه المرى

Name: NOORA MOHAMMED A A AL-MARRI

منطقة 81 - شارع 308 - مبنى 9

العنوان:

Serial No: 53582614185832DF

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

