



File No.: 039340

Nationality: Q

### GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
 File No: 039340  
 Name: SHAMEEM ABUBAKER ALAKE  
 QID No: 26263401773 Sex: Female  
 Mob: 33885541 ADDRESS: MUITHER

Age: 60 ys.  
 Marital Status: 38 ys.  
 and's Name: Omar abdulla Alkurbi  
 ile Phone: Residence Phone:

#### SYMPTOMS:

vaginal discharge minimal n, vulval itching, urinary symptoms  
 urgency Frequency - urinate 2 cough.

Medical History: DM on medical treatment PH. Non FH. DM (Maf) HTN (M)

MENSTRUAL HISTORY: "last P/B/C 8, RBS → around 150 always.

Menarche: L.N.M.P  
 Menstrual Habits: was regular, monthly. at (46 years)  
 Menstrual Symptoms: Menopause: 14 years ago -  
 Parity: P 8 Abortion 1 Ectopic LCB 18 years.

♀ all NVDs a-w (complete 1 month)  
 ♂ 2  
EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm Wt. 92.8 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 120/80 mm Hg  
 overweight, shy, looks her age.

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, fatty

Breasts: not done.

#### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. intertrigo + sub p under pendulous abs  
 Bimanual Exam. dry pebbly skin, extreme vulvitis reaching  
 Rectal Exam. perianal region, red mucosa yellow  
Investigation Requested: disch. HVS taken G-V.

Diagnosis: vulvo-vaginitis + intertrigo  
 + uncontrolled diabetes

Plan of Management: HVS

Next Appointment: 7/8



## MICROBIOLOGY

Name : SHAMEEM ABUBAKER ALAKBARI  
Sex/Age : F/ 60 y / 0 m / 19 d  
Nationality : Qatar  
Sample Col. : At Lab  
Ref. By Dr. : Dr. Leila Hamid  
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 225752  
AL No : 62126  
Entrance Tm: 07-AUG-2024 19:09:01  
Exit Date : 10-AUG-2024 16:36:43  
Ext. Ref. Num.: 039340

TESTS	RESULTS
<b>Microbiology:</b>	
<b>Test Name:</b>	High Vaginal Swab C/S
<b>Specimen:</b>	Vaginal Swab
<b>Gram Stain:</b>	:
Pus Cells/h.p.f:	Moderate
Epithelial Cells/h.p.f:	Few
Gram Positive Bacilli(lactobacilli):	Few
Gram Negative Bacilli:	Moderate
Yeast Cells:	Nil
<b>Organism Name:</b>	Escherichia coli
Growth Pattern:	Heavy Growth
<b>Sensitivity:</b>	:
Cefipime	Sensitive (+++)
Imipenem	Sensitive (+++)
Meropenem	Sensitive (+++)
Aztreonam	Sensitive (++)
Cefoxitin	Sensitive (++)
Ceftriaxone	Sensitive (++)
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	Sensitive (++)
Amikacin	Sensitive (++)
Nitrofurantoin	Sensitive (++)
Linezolid	Sensitive (+)
Gentamicin	Sensitive (+)
Augmentin	Sensitive (+)
Piperacillin Tazobactam	Sensitive (+)
Cefotaxime	Sensitive (+)
Cefuroxime	Sensitive (+)
Cefixime	Sensitive (+)
Ciprofloxacin	Resistant (-)
Levofloxacin	Resistant (-)

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



Date 7 / 8 / 24

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... سنتيم ابوبكر الكبري ..... الإسم الكامل

Date of Birth..... تاريخ الميلاد

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

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

Occupation..... رئيس منزل ..... المهنة

I.D Number..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home)..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ..... 33885541 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... أقرب الأقراب

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 ..... سنتيم ..... التوقيع

File Number 039340

## 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: مريم العلي

التاريخ: 7-8-24

ملف رقم: 039340

التوقيع: د. ليلى حامد

د/ ليلى حامد  
Dr. Leila Hamid  
استشارية سنانة وتوليد  
ترخيص رقم P832

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 26263401773 الرقم:

D.O.B. 06/11/1962 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 23/10/2029 الصلاحية:



الإسم: شميم ابوبكر على عمر العكبرى

Name: SHAMEEM ABUBAKR A O AL-AKBARI

منطقة 55 - شارع 889 - مبنى 34

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 Muaitheer  
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

Date: 21 AUG 2024 التاريخ:

Patient's name: Shamem Abubakar اسم المريض:

File No.: 039340 رقم الملف:

Age: 60yr: العمر: ٧٠ سنة

Rx

Nitroglycerin tab 100g

١٠٠ ج  
١٠٠ ج  
١٠٠ ج

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. ليلي حامد الطبي د.م.م.

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

## وصفة طبية Prescription

No

Date: 18/8/2024 التاريخ:  
Patient's name: SHameem Ab. baker اسم المريض:  
File No.: 039340 رقم الملف:  
Age: 60 Yrs / ٦٠ سنة العمر:

Rx

- Augmentin tabs 1gr

١ حبة كل ١٢ ساعة مرة

١ أسبوع

- Hysil cream

٢ مرارة كل ١٢ ساعة مرة  
١ أسبوع

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

## وصفة طبية Prescription

No:

Date: 07 AUG 2024 التاريخ:  
Patient's name: Shampen Abubaker اسم المريض:  
File No.: 039340 رقم الملف:  
Age: 60 / ٦٠ العمر:  $\Delta$  Vulvovaginitis

**Rx**

Itraconazole caps (15)  
١٥ كبسولة إيتراكونازول  
١ كبسولة في الصباح  
١ كبسولة في المساء  
واحد يومياً  
Nactacort cream or Travocort  
مسحوق خارجي مع صباحاً ومساءً  
Hisyl cream  
مسحوق خارجي مع صباحاً ومساءً  
Yonlip vag. supp. (7)  
٧ دواء فموي للتهدي

Doctor's signature:

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