



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : ARYA VAYATH DILEEPAN VAYATH

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 08-Apr-1997

تاريخ الميلاد

CARD NBR : AJJF-82E2-C2CJ-1CDE

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : E03.9 - Hypothyroidism, unspecified, Z3A.09 - 9 weeks gestation of pregnancy

التشخيص

AETIOLOGY :

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

العراض المرضية

Presenting to check her TSH as requested by her gynecologist.

She is currently 9weeks pregnant and TSH done routinely at the maternity clinic was found to be high, hence she was instructed to come recheck her TSH levels.

She is currently taking 50mg of Levothyroxine.

She has no complaint today

CPT Code	Treatment	Type
10	Consultation Specialist	General Consultation
84436	Thyroxine Total	Lab
84481	Triiodothyronine T3 Free	Lab
84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab

REMARKS :

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : MOHAMMED M HAMED

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

DATE: 31/07/2024

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية



BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد