

**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  | : | Roxanne Serena      |                        |
| اسم المريض    |   |                     |                        |
| DATE OF BIRTH | : | 30-Oct-1996         | GENDER : Female        |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس                  |
| CARD NBR      | : | 912E-G1CC-DCD4-1DEA | PAYER : NAS - EN CN GN |
| رقم البطاقة   |   |                     | سيرة التأمين           |

|                  |   |                                |                                  |                                       |                                 |
|------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| CASE INFORMATION | : | <input type="checkbox"/> ACUTE | <input type="checkbox"/> CHRONIC | <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING | <input type="checkbox"/> INJURY |
| نوع الحالة       |   | حادة                           | مزمنة                            | موجودة مسبقا                          | إصابة                           |

DIAGNOSIS : Z87.410 - Personal history of cervical dysplasia, N77.1 - Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in dis clas: N93.9 - Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified, N92.1 - Excessive and frequent menstrua irregular cycle, N91.2 - Amenorrhea, unspecified

التشخيص

|                 |   |                                              |
|-----------------|---|----------------------------------------------|
| AETIOLOGY       | : | <input type="text" value="Enter 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      | : | <b>Complaint</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| العرض المرضية |   | patient comes with recent history of unprotected sexual intercourse with positive urine results for s transmitted infection<br>she has a previous history of abnormal pap smear 3 years ago in her country<br>she has menstrual irregularity alternating between amenorrhea and heavy bleeding with hirsutism |

| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code | Treatment                                        | Type |
|---------------------|----------|--------------------------------------------------|------|
|                     | 85025    | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab  |
|                     | 86593    | Syphilis Test Quantitative                       | Lab  |
|                     | 87389    | IAAD EIA HIV-1 AG W/HIV-1&HIV-2 ANTBDY SINGLE    | Lab  |
|                     |          |                                                  |      |

|                  | CPT Code      | Treatment                                      | Type          |
|------------------|---------------|------------------------------------------------|---------------|
| النتائج السريرية | 84443         | Thyroid Stimulating Hormone Tsh                | Lab           |
|                  | 84403         | Testosterone Total                             | Lab           |
|                  | 84402         | Testosterone Free                              | Lab           |
|                  | 76830         | Ultrasound Transvaginal                        | Radiology     |
|                  | 76705         | Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited | Radiology     |
|                  | 10            | Consultation Specialist                        | General Consu |
|                  | 87623         | IADNA HUMAN PAPILLOMAVIRUS LOW-RISK TYPES      | Lab           |
|                  |               |                                                |               |
| REMARKS :        | Enter Remarks |                                                |               |
| الملحظات         |               |                                                |               |

|                      |   |                                                           |                                       |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | MOHAMMED M HAMED                                          |                                       |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                                       |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                                       |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                                       |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATIC |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة رسوم الاستشارة                              |                                       |

|                              |             |             |           |
|------------------------------|-------------|-------------|-----------|
| DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP | <div></div> | <div></div> | DATE: 02, |
| توقيع و ختم الطبيب           |             |             | التاريخ   |

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

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  
رة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| BENEFICIARY'S SIGNATURE | <div></div> |
| توقيع المستفيد          |             |