

**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	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS : N92.1 - Excessive and frequent menstruation with irregular cycle, N77.1 - Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis, Z87.410 - Personal history of cervical dysplasia

التشخيص

AETIOLOGY	:	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	:	Complaint
العراض المرضية		patient comes with recent history of unprotected sexual intercourse with positive urine results for s transmitted infection
		she has a previous history of abnormal pap smear 3 years ago in her country
		she has menstrual irregularity alternating between amenorrhea and heavy bleeding with hirsutism

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>84402</td><td>Testosterone Free</td><td>Lab</td></tr><tr><td>84403</td><td>Testosterone Total</td><td>Lab</td></tr><tr><td>84443</td><td>Thyroid Stimulating Hormone Tsh</td><td>Lab</td></tr><tr><td>87389</td><td>IAAD EIA HIV-1 AG W/HIV-1&HIV-2 ANTBDY SINGLE</td><td>Lab</td></tr><tr><td>86593</td><td>Syphilis Test Quantitative</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	84402	Testosterone Free	Lab	84403	Testosterone Total	Lab	84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab	87389	IAAD EIA HIV-1 AG W/HIV-1&HIV-2 ANTBDY SINGLE	Lab	86593	Syphilis Test Quantitative	Lab
CPT Code	Treatment	Type																		
84402	Testosterone Free	Lab																		
84403	Testosterone Total	Lab																		
84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab																		
87389	IAAD EIA HIV-1 AG W/HIV-1&HIV-2 ANTBDY SINGLE	Lab																		
86593	Syphilis Test Quantitative	Lab																		
النتائج السريرية																				

CPT Code	Treatment	Type
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
88141	Cytp Cervical/Vaginal Req Interp Physician	Lab
87623	IADNA HUMAN PAPILLOMAVIRUS LOW-RISK TYPES	Lab
10.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A Specialist.	Gener Consu

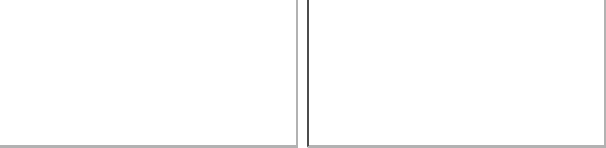
REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

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 و ختم الطبيب

DATE: 26, 
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 للفراد المعالين من قبلي و رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE : 

توقيع المستفيد