



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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

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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : HAMNA SHOUKAT SHOUKAT ALI

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 27-May-2002

تاريخ الميلاد

CARD NBR : F8JF-I8E2-C2C1-1CDE

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS - RN,RN+

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : E03.9 - Hypothyroidism, unspecified, O44.42 - Low lying placenta NOS or without hemor, second trimester

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 came complaining of repeated lower abdominal pain with spotting during pregnancy since the last two months

by ultrasound the gestational age showed living intrauterine single viable fetus

the placenta is low lying

by transvaginal ultrasound the placenta is marginalis not covering the cervix

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type

النتائج السريرية

82948 Glucose Blood Reagent Strip Lab

85025 Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count Lab

84443 Thyroid Stimulating Hormone Tsh Lab

76830 Ultrasound Transvaginal Radiology

76705 Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited Radiology

10 Consultation Specialist General Consultation

REMARKS : Enter 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: 10/01/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية



BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد