



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	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: F8JF-I8E2-C2C1-1CDE	PAYER	: NAS - RN,RN+
رقم البطاقة		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 :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl 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 :

الملاحظات

Enter Remarks

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

