



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: HANNAH GRACE EHAB HAMOUDA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 30-Jan-2006	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: FA21-I2E2-C2C1-JCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: N93.9 - Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified, E28.2 - Polycystic ovarian syndrome, E03.9 - Hypothyroidism, unspecified												
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												
الاعراض المرضية	the patient comes suffering abnormal uterine bleeding for 3 months she has abnormal TSH level there is also trunkal obesity seen clearly on examination by ultrasound the uterus is enlarged with thickened endometriun												
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>84443</td><td>Thyroid Stimulating Hormone Tsh</td><td>Lab</td></tr><tr><td>76705</td><td>Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited</td><td>Radiology</td></tr><tr><td>10</td><td>Consultation Specialist</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology	10	Consultation Specialist	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type											
84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab											
76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology											
10	Consultation Specialist	General Consultation											
النتائج السريرية													
REMARKS	: Enter Remarks												
الملاحظات													

TREATING PHYSICIAN	: MOHAMMED M HAMED
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES	: Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 01/04/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

