



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 : N91.2 - Amenorrhea, unspecified, D50.9 - Iron deficiency anemia, unspecified, L68.0 - Hirsutism, L70.8 - Other acne, J03.90 - Acute tonsillitis, 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

العراض المرضية

pc : amenorrhea for 2 months , hair growth on face , acne on face , fluctuating weight
for many months almost 6 months

o/e : hirsutism
acne

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

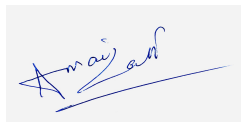
CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
84146	Prolactin	Lab
82530	Cortisol Free	Lab
84144	Progesterone	Lab
82670	Estradiol	Lab
84402	Testosterone Free	Lab

	CPT Code	Treatment	Type
	83001	Gonadotropin Follicle Stimulating Hormone	Lab
	84481	Triiodothyronine T3 Free	Lab
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

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. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

