



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	:	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

حادثة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J03.91 - Acute recurrent tonsillitis, unspecified, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, L68.0 - Hirsutism, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, N91.1 - Secondary amenorrhea

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

SORE THROAT , COUGH WHICH IS DRY , BODYPAIN , SNEEZING AND LOW GRADE FEVER ALL STARTED 30/03L25

O/E ; LOOK LETHARGIC

HYPEREMIC PHARYNX

TONSILLS SWOLLEN AND RED

WHEEZING

العراض المرضية

pc : amenorrhea for 27/01/2025months , hair growth on face , acne on face , fluctuationg weight

for many months almost 6 months

o/e : hirsutism

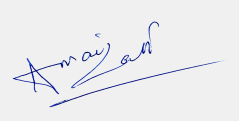
acne

CLINICAL FINDINGS :

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

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	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
	83001	Gonadotropin Follicle Stimulating Hormone	Lab
	84481	Triiodothyronine T3 Free	Lab
	84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN	: DR Amaizah
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	 Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 01/04/2025
توقيع و ختم الطبيب		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	