



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 : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, N91.1 - Secondary amenorrhea, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough

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 , fluctuatiiong weight for many months almost 6 months
	: 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
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

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
84402	Testosterone Free	Lab
83001	Gonadotropin Follicle Stimulating Hormone	Lab
84481	Triiodothyronine T3 Free	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up

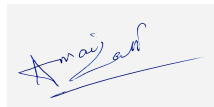
نوع الاستشارة جديد المتابعة

CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

