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

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

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

AETIOLOGY لمسببات المرضية : *Enter Aetiology*

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS العراض المرضية :

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 pc : amenorrhea for 27/01/2025months , hair growth on face , acne on face , fluctuationg weight for many months almost 6 months : 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

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** **CONSULTATION FEES :** *Enter CONSULTATION FEES*
نوع الستشارة **جديد** **المتابعة** **رسوم الستشارة**

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

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد