



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	: AHLEM MBAREK GHARBI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 26-May-1982	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 494C-2C4C-DCD1-4DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة

حادثة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : N93.9 - Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified, N77.1 - Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in dis classd elswahr, N94.10 - Unspecified dyspareunia, N83.291 - Other ovarian cyst, right side

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

the patient come complaining of abnormal uterine bleeding since 3 weeks

she complains from similar condition before

during sexual intercourse she complains of pain some times unaffordable with repeated spotting after sexual relation

by ultrasound the uterus appeared bulky enlarged with irregular endometrial lining

the Transvaginal ultrasound there was right ovarian cyst mostly simple with congested ovary

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
76830	Ultrasound Transvaginal	Radiology
76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology
10	Consultation Specialist	General Consultation

النتائج السريرية

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : MOHAMMED M HAMED

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

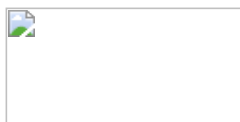
CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Mohammed M Hamed Hashish
Specialist Obstetrics And Gynecology
DHA No: 75385955-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 10/05/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

