



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	:	ROSE NAGAWA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	15-Oct-1982	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	NJHK-M33F-LFLJ-MLED	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	N93.9 - Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified, N77.1 - Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in dis classd elswhr, E28.2 - Polycystic ovarian syndrome														
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 comes complaining of irregular uterine bleeding for one and half month the bleeding is also associated with bad smell by abdominal ultrasound the uterus is enlarged and bulky with irregular endometrium by transvaginal ultrasound the endometrium is thickened with enlarged size ovary suspecting PCOS for follow up														
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>76830</td> <td>Ultrasound Transvaginal</td> <td>Radiology</td> </tr> <tr> <td>76705</td> <td>Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited</td> <td>Radiology</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Consultation Specialist</td> <td>General Consultation</td> </tr> </tbody> </table>			CPT Code	Treatment	Type	76830	Ultrasound Transvaginal	Radiology	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology	10	Consultation Specialist	General Consultation
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														
الملاحظات																

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

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 26/05/2025

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