



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 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 followshe visited GP Dr and she has refarral form also

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

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : MOHAMMED M HAMED

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة : جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP



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

DATE: 26/05/2025

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

