



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	:	Peris Wangari Kimari			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	20-May-1998	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	KFMN-3M3F-LFL2-2LED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	N77.1 - Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in dis classd elswahr, N61.0 - Mastitis without abscess, 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		
الاعراض المرضية		the patient comes complaining of repeated spotting last month also there is vaginal inflammation and irritation with redness and soreness by abdominal ultrasound the uterus is bulky, with irregular endometrial lining by TVS the endometrium shows multiple naphothian cyst indicating the presence of infection together with a small cyst on the right ovary mostly simple and non-functional		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		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

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: 14/06/2025

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

