



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	:	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 : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	N93.9 - Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified, N77.1 - Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in dis classd elswr									
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 repeated vaginal spotting since 2 weeks this is accompanied by vaginal readness and irritation by abdominal ultrasound this is enlarged irregular endometrial thickness for further follow up									
CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></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></table>	CPT Code	Treatment	Type	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology	10	Consultation Specialist	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type									
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	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: 14/07/2025

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 صوره عن هذا التحويل تعتبر كالتصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

