



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 : MADINA KHAMDMAMOVA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 04-Aug-1994 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : GGRG-E14C-DCDR-9DEA PAYER : NAS VN
رقم البطاقة شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : N76.0 - Acute vaginitis, R87.820 - Cervical low risk HPV DNA test positive

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

white discharge ,bad smell. more in quantity need to wear pads.

hvp positive, LASER was done, ISTANBUL. april 2023.

pap smear was normal april 2023.

sexually active, painful intercourse.

LMP- 22-1-2024.

per speculum- curdy thick white discharge seen, coating the walls. cervix healthy. vagina edematous and red.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
10	Consultation Specialist	General Consultation
87070	Cul Bact Xcpt Urine Blood/Stool Aerobic Isol	Lab

النتائج السريرية

REMARKS :

Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : DR. BUSHRA NAYMAT

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS :

☐ New

☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

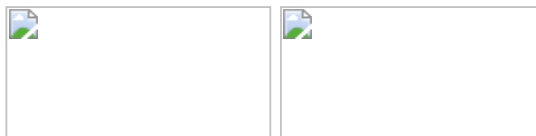
Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 11/02/2024

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

