



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	VENUS BADRI AL SHAKHLHA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	15-May-1994	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	9RG2-C14C-DCD4-1DEA	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	Z3A.01 - Less than 8 weeks gestation of pregnancy, R50.9 - Fever, unspecified
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		she came with postive BHCG test
		by ultrasound the uterus show decidual reaction without sac
		By TVS gestational sac appear crosponding to 4 weeks gestation without fetal pole or pulsation
		the patient come complaining of delayed menstruation since one week
		she came with

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>86910</td><td>Blood Typing Paternity Pr Indiv Abo Rh&Mn</td><td>Lab</td></tr><tr><td>82948</td><td>Glucose Blood Reagent Strip</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><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	86910	Blood Typing Paternity Pr Indiv Abo Rh&Mn	Lab	82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	76830	Ultrasound Transvaginal	Radiology	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology	10	Consultation Specialist	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type																					
86910	Blood Typing Paternity Pr Indiv Abo Rh&Mn	Lab																					
82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab																					
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																					
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

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: 08/02/2025

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

