



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 : NOURAN MOHAMED ABDELWAHAB EMAM SHADY
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 10-Mar-1996
تاريخ الميلاد
CARD NBR : EKIA-8AF2-C2CJ-FCDE
رقم البطاقة
GENDER : Female
الجنس
PAYER : NAS VN
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

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 delayed menstruation 2 weeks

the patient under taken urine pregnancy test positive

by abdominal ultrasound the endometrial is thickened but the gestational sac is not visible

by transvaginal ultrasound there was no intrauterine sac and no evidence for extra uterine pregnancy with absence of free fluid in the douglas pouch

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
84704	Gonadotropin Chorionic Hcg Free Beta Chain	Lab
76817	Us Preg Uterus Real Time W/Image Dcmtn Transvag	Radiology
76830	Ultrasound Transvaginal	Radiology
10	Consultation Specialist	General Consultation

REMARKS :

الملحظات

Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN : MOHAMMED M HAMED

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES :

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 26/02/2025

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

