

باركود المسلسل الجهة الأخرى

السن :	عنايات فاشم احمد
الرقم القومي :	١٩٦٩١٥
تاريخ الكشف :	٢٠٢٤/٤/٢٩
إسم المستفيد :	عنايات فاشم احمد
رقم المستفيد (الموضح بالبطاقة الطبية) :	
إسم الشركة :	

Diagnosis ( please check one of the boxes )

التشخيص (الرجاء وضع علامة داخل المربع)

<b>Digestive system</b> <input type="checkbox"/> DS1 Gastroenteritis <input type="checkbox"/> DS2 Gastritis <input type="checkbox"/> DS3 GERD <input type="checkbox"/> DS4 IBS <input type="checkbox"/> DS5 Peptic ulcer <input type="checkbox"/> DS6 Abdominal and pelvic pain <input type="checkbox"/> DS7 Chronic viral hepatitis	<b>Genito-urinary system</b> <input type="checkbox"/> GU1 Dysuria <input type="checkbox"/> GU2 Hematuria <input type="checkbox"/> GU3 UTI <input type="checkbox"/> GU4 Hyperplasia of prostate <input type="checkbox"/> GU5 Kidney failure <input type="checkbox"/> GU6 Urinary calculus <input type="checkbox"/> GU7 Renal colic	<b>General Surgery</b> <input type="checkbox"/> GS1 Anal fissure <input type="checkbox"/> GS2 Hemorrhoids <input type="checkbox"/> GS3 DVT <input type="checkbox"/> GS4 Abscess <input type="checkbox"/> GS5 Cholecystitis <input type="checkbox"/> GS6 Appendicitis <input type="checkbox"/> GS7 Post-operative follow-up	<b>E.N.T.</b> <input type="checkbox"/> EN1 Otitis externa <input type="checkbox"/> EN2 Otitis media <input type="checkbox"/> EN3 Dizziness and giddiness <input type="checkbox"/> EN4 Acute sinusitis <input type="checkbox"/> EN5 Acute tonsillitis <input type="checkbox"/> EN6 Acute pharyngitis <input type="checkbox"/> EN7 Allergic rhinitis
<b>Cardiology</b> <input type="checkbox"/> CA1 Essential hypertension <input type="checkbox"/> CA2 Chest Pain <input type="checkbox"/> CA3 Ischemic heart disease <input type="checkbox"/> CA4 Hypotension <input type="checkbox"/> CA5 Arrhythmias <input type="checkbox"/> CA6 Dyslipidemia	<b>Nervous system</b> <input type="checkbox"/> NS1 Epilepsy <input type="checkbox"/> NS2 Headache <input type="checkbox"/> NS3 Migraine <input type="checkbox"/> NS4 Multiple sclerosis <input type="checkbox"/> NS5 Stroke <input type="checkbox"/> NS6 Polyneuropathies	<b>Endocrine disorder</b> <input type="checkbox"/> ED1 Type 1 diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ED2 Type 2 diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ED3 Thyrotoxicosis <input type="checkbox"/> ED4 Hypothyroidism <input type="checkbox"/> ED5 Vitamin D deficiency <input type="checkbox"/> ED6 Gout	<b>Ophthalmology</b> <input type="checkbox"/> OP1 Conjunctivitis <input type="checkbox"/> OP2 Cataract <input type="checkbox"/> OP3 Disorders of refraction <input type="checkbox"/> OP4 Glaucoma <input type="checkbox"/> OP5 Retinal disorder <input type="checkbox"/> OP6 Disorders of eyelid
<b>Respiratory system</b> <input type="checkbox"/> RS1 Common cold <input type="checkbox"/> RS2 Acute bronchitis <input type="checkbox"/> RS3 Asthma <input type="checkbox"/> RS4 URTI <input type="checkbox"/> RS5 Cough <input type="checkbox"/> RS6 COPD <input type="checkbox"/> RS7 Pneumonia	<b>Gynecology</b> <input type="checkbox"/> GY1 Acute vaginitis <input type="checkbox"/> GY2 Dysfunctional uterine bleeding <input type="checkbox"/> GY3 Dysmenorrhea <input type="checkbox"/> GY4 Polycystic ovarian syndrome <input type="checkbox"/> GY5 Irregular menstruation <input type="checkbox"/> GY6 Breast mass <input type="checkbox"/> GY7 Fibroid	<b>Musculoskeletal system</b> <input type="checkbox"/> MS1 Dorsalgia <input type="checkbox"/> MS2 Intervertebral disc disorders <input type="checkbox"/> MS3 Osteoarthritis <input type="checkbox"/> MS4 Arthritis <input type="checkbox"/> MS5 Fracture <input type="checkbox"/> MS6 Sciatica <input type="checkbox"/> MS7 Trauma	<b>Miscellaneous</b> <input type="checkbox"/> MC1 Fever <input type="checkbox"/> MC2 Malaise and fatigue <input type="checkbox"/> MC3 Anemia <input type="checkbox"/> MC4 Weight loss <input type="checkbox"/> MC5 Weight gain <input type="checkbox"/> MC6 Malignant neoplasm <input type="checkbox"/> MC7 Generalized pain
<b>Dermatology</b> <input type="checkbox"/> DT1 Urticaria <input type="checkbox"/> DT2 Dermatitis <input type="checkbox"/> DT3 Acne <input type="checkbox"/> DT4 Hair loss <input type="checkbox"/> DT5 Tinea	<b>Obstetrics (Maternity)</b> <input type="checkbox"/> OB1 Supervision of pregnancy <input type="checkbox"/> OB2 Ectopic pregnancy <input type="checkbox"/> OB3 Abortion <input type="checkbox"/> OB4 Abortion complications <input type="checkbox"/> OB5 Postpartum care	<b>Other Diagnosis</b> Numbness + Left side weakness	

يرجى كتابة التشخيص بوضوح

Prescribed Medicine				Prescribed Medicine			
Medicine Name	Daily Dose	No. of days	Quantity	Medicine Name	Daily Dose	No. of days	Quantity
R/ Omeprazole	40mg			R/ Stimulan			
R/ ...				R/ ...			
R/ ...				R/ ...			
R/ ...				R/ ...			
R/ ...				R/ ...			

Requested Laboratory Investigations		Requested Radiological Investigations	
MRI Brain with sagittal plane		S. V. T. P. level	

يقتر المخوعون ادناه بصحة كافة البيانات الميمنة بهذا النموذج

I warrant that I checked the identity of the patient ( beneficiary ) and the service stated here has been provided to him / her properly		أفوض الشركة في الاطلاع على أي معلومات أو سجلات طبية خاصة بي سواء كانت قديمة أو حديثة كما أتعهد بدفع أي نفقات لا يغطيها برنامج العلاج الطبي بموجب الاتفاقية بين شركتي ومديرايت	
Physician Name	إسم الطبيب المعالج	Beneficiary Name	إسم الموظف
Specialty	التخصص	Card ID.	رقم البطاقة
Sig. & Stamp	التوقيع والختم	Mobile No.	التوقيع
Date	التاريخ	Date	التاريخ

Lab Copy

هذا النموذج صالح لمدة ١٥ يوم من تاريخ الكشف - لمراجعة الإستثنائات انظر الخلف

نسخة المعمل