



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 : DIANAH MUYOKA SUMBA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 20-Jul-1996

تاريخ الميلاد

CARD NBR : N1M1-53LM-VMV3-MVAE

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 : R50.9 - Fever, unspecified, R10.13 - Epigastric pain, K29.70 - Gastritis, unspecified, without bleeding

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

co fever on and off epigastric pain 23 june 2024

oe

epigastric pain severe

chest is clear no added sounds

restless

taking tablet paracetamol at home

CLINICAL FINDINGS :

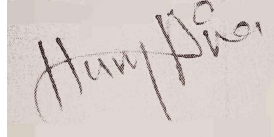
النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St SbSt/Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
H21-4745-02879-03	SCOPINAL	Co.PAY
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

	CPT Code	Treatment	Type
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
REMARKS : الملاحظات :	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : Humaira 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 وختم الطبيب



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 26/06/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

