



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

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

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
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
9	Consultation Gp	General Consultation

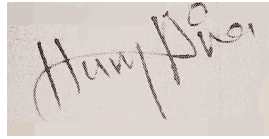
REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira	
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



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 . اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

