



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	: PELANGINE YAWEH NDULA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 26-Jul-1996	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 631L-P5LM-VMVM-PVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, K29.70 - Gastritis, unspecified, without bleeding

التشخيص

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 :

العراض المرضية

CO FEVER ON AND OFF BACKACHE BODYACHE30 JUNE 2024

OE

ENLARGE AND INFLAMED TONSILLS

CHEST IS CLEAR NO ADDED SOUNDS

النتائج السريرية	Complaint		
	RESTLESS		
	TAKING TABLET AT HOME PENADOL		
	CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour
		0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.
		0005-149902-1021	CLOFEN
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV
		85652	Sedimentation Rate Rbc Automated
		86140	C-Reactive Protein
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	
	9	Consultation Gp	
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	: Humaira
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :	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: 04/07/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

