



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	MAHESH KUMAR KISHORE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	26-Aug-1983	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	PLNL-3NMM-VMVT-PVAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J01.00 - Acute maxillary sinusitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R06.00 - Dyspnea, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY

لمسببات المرضية

Enter Aetiology

(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

PC: Cough, nasal congestion, fever, pain in throat and severe body pain with headache.

Duration: 3days

Has since been on panadol cold and flu but no respite.

Not a known hypertensive but BP observed to be elevated at presentation.

Patient is counselled to come for recheck after 4hours.

Not a known diabetic.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0681-309101-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Co.Pay
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
	9	Consultation Gp	General
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج	:	Enomen Goodluck
HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
CONSULTATION DETAILS نوع الاستشارة	:	☐ New جديد ☐ Follow Up المتابعة
	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
	رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

Enomen Goodluck Ekata

Dr. Enomen Goodluck Ekata
General Practitioner
DHA No: 28040827-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 01/08/2024

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

