



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	: MOHAMED HAJA MOHIDEEN SHAHUL HAMEED		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Sep-1999	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: LLPL-3NMM-VMVT-TVAE	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, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified
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
العرض المرضية	fever dark colour of urine pain inthe lower abdominal region high grade bodyache running nose dry cough 2nd august 2024 oe enlarge tonsills

Complaint	
chest is congested no added sounds	
restless	

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
9	Consultation Gp	General Consultation

النتائج السريرية

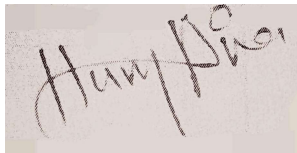
REMARKS :

الملاحظات

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 و ختم الطبيب



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

DATE: 05/08/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

