



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 : FRANCIS KABUYE

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 23-Jun-1993

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 1JGE-A1E2-C2CI-ICDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

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, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis 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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

co pain in throat secretion is coming through the cough uncomfortable

5th sep. 2024

oe

enlarge and inflamed tonsills chest is congested no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :

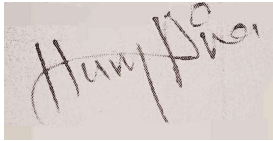
CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0681-309101-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
REMARKS : الملحظات :	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : Humaira			
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
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: 17/09/2024

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

