



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 : JOGIE BUMANGLANG PINEDA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 21-Nov-1974

تاريخ الميلاد

CARD NBR : IGIK-8GE2-C2CF-ECDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : N41.0 - Acute prostatitis, N30.00 - Acute cystitis without hematuria, I10 - Essential (primary) hypertension, E11.40 - Type 2 diabetes mellitus with diabetic neuropathy, unsp, J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified

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

FBS = 116mg/dl (well controlled).

PC: Pain on passing urine, pain in the perineal area just underneath the scrotum, fever and lower abdominal. pain.

Duration: 5days.

Also has recurrent cough especially when cold.

Known asthmatic, hypertensive, diabetic and hyperlipidemic patient.

Lipid panel, HBA1c requested.

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

النتائج السريرية

REMARKS :

الملاحظات

Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN

: Enomen Goodluck

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 وختم الطبيب



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

DATE: 08/10/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

