



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	:	FARANGIZ MAHKAMOVA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	05-Jan-1992	GENDER
تاريخ الميلاد			:
CARD NBR	:	IK18-AAE2-C2CE-JCDE	PAYER
رقم البطاقة			:
			NAS - RN,RN+
			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R50.9 - Fever, unspecified, R30.9 - Painful micturition, unspecified, K56.41 - Fecal impaction																																			
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		co pain ful urine dribbling of the urine constipation 15th oct 2024 oe chest is clear no added sounds restless																																			
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0131-116601-1001</td> <td>Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0102-152902-1001</td> <td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>81001</td> <td>UrnlS Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96361</td> <td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </tbody> </table>			CPT Code	Treatment	Type	0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	81001	UrnlS Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																																			
0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy																																			
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																			
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																			
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																			
9	Consultation Gp	General Consultation																																			
81001	UrnlS Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab																																			
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																			
86140	C-Reactive Protein	Lab																																			
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																			
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																			
النتائج السريرية																																					
REMARKS	:	Enter Remarks																																			
الملحظات																																					

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

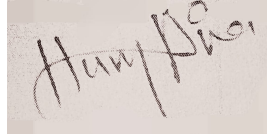
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 21/10/2024

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

