



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 ASHICK KAJA MOHAIDEEN KAJA MOHAIDEEN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 27-Nov-1992	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 1j1a-82e2-c2cg-gcde	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J18.9 - Pneumonia, unspecified organism, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J45.31 - Mild persistent asthma with (acute) exacerbation, M54.5 - Low back pain

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

PC: Fever, cough, cold, breathlessness and flu symptoms

No chest pain, no wheeze, no chest tightness,

Duration: 3days (22/10/2024).

complaint of dizziness also.

known asthma patient not complaint with use of inhaler and smokes tobacco.

Exam: widespread crepitations on the chest, more on the right lower lung zone

العراض المرضية

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
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay

النتائج السريرية

REMARKS الملحظات	CPT Code	Treatment	Type
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	0006-402803-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	Enter Remarks		tion

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: 28/10/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

