

**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 -
رقم البطاقة		بيرة 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 :

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	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type			
CPT Code	Treatment	Type						

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	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
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	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
	9	Consultation Gp	General Coi

REMARKS

: Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN

: Enomen Goodluck

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATIC

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,

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to r any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

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 رة منه. أية صورته عن هذا التخويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

