CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة

Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME اسم المريض	:	kavin elangovan			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	27-Jul-1996	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	AFF2-J1E2-C2CI-1CDE	**PAYER** سيركة التأمين	:	NAS - SRN WN

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

نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J45.21 - Mild intermittent asthma with (acute) exacerbation, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, K29 gastritis without bleeding, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, I10 - Essenti hypertension

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 الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

Complaint

PC: cough;

Duration: 7days.

Cough is dry and occasionally productive of whitish sputum, worst at night especially when AC is on

There is occasional chest pain from distressing cough and slight difficulty breathing.

العراض المرضية

Severe upper abdominal pain

Duration =1day

Known asthmatic and hypertensive on routine maintenance iwht exforge.

Heavy user of tobacco also at least 12 stick of cigarett per day

Patient is counselled to see Internal medicine specialist for management of suspected secondary hy

CLINICAL FINDINGS :
النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Co
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
0006-402803-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay

REMARKS :
الملحظات
Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ○ **New** ○ **Follow Up** **CONSULTATION FEES :** *Enter CONSULTATIC*
نوع الستشارة **جديد** **المتابعة** **رسوم الستشارة**

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع و ختم الطبيب

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و رة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد