



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	: SHAIKH SEBAJ MOHAMMAD BADAL MOHAMMAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 08-Jun-1991	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: IG4R-4C4C-DCD9-IDEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified																																							
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																																								
PC: Pain in throat, fever and genralized body pains,																																								
Duration: 7days (18/11/2024).																																								
Not hypertensive and not diabetic.																																								
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96367</td><td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>81001</td><td>Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-174202-0781</td><td>RISEK 40MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</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></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																						
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																						
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																																						
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																						
9	Consultation Gp	General Consultation																																						
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																						
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab																																						
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																						
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																						
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																																						
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																						
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																						
86140	C-Reactive Protein	Lab																																						
النتائج السريرية																																								
REMARKS	: Enter Remarks																																							
الملاحظات																																								

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: 24/11/2024

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

