



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	:	HAYTHAM SALAH ABDELSALAM	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	10-May-1993	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	6NNL-3NMM-VMVT-3VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J01.10 - Acute frontal sinusitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration																																							
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, generalized body pains, headache, Duration: 5days. ALso myalgia and generalixed body pains and nausea and vomting and upper abdominal pain. Has not had food today and looks dehydrated Not hypertensive and not diabetic. and has no other medical condition in the past.																																							
العراض المرضية																																									
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>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0102-100104-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>H21-4630-04167-01</td><td>RISEK</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>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	H21-4630-04167-01	RISEK	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																							
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																																							
9	Consultation Gp	General Consultation																																							
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																							
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																							
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																							
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy																																							
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																																							
H21-4630-04167-01	RISEK	Pharmacy																																							
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																							
86140	C-Reactive Protein	Lab																																							
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																							
النتائج السريرية																																									

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 :
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
				Enter CONSULTATION FEES

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

