



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	: AHMAD MOHAMAD KHEIR ABO ALLABAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Mar-1996	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: A8GF-2FE2-C2CF-KCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: R50.9 - Fever, unspecified, M79.10 - Myalgia, unspecified site																																	
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																																	
العراض المرضية																																		
	PC: High grade fever, facial pain, headache and severe low back pain.																																	
	Durtion: 3days (24/11/2024).																																	
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>81001</td><td>Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</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	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	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																																
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay																																
9	Consultation Gp	General Consultation																																
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab																																
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	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 : Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 27/11/2024

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

