



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	: ABDUL WASEEM KALEEM ULLA KALEEMULLA SHUKUR		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 06-May-1991	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: RLPL-3NMM-VMV3-1VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : G43.101 - Migraine with aura, not intractable, with status migrainosus, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY	: Enter Aetiology
للسببات 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: Headache; located on the left temporal region only. it is throbbing and associated with dizziness, blurring of vision and tearing. Duration: 6hours prior to presentation. Also complaint of upper abdominal pain and belching with a bad smell. smokes tobacco but does not take alcohol not hypertensive and not diabetic and has no other medical condition of note

CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>96375</td> <td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-150403-1021</td> <td>Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96374</td> <td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-174202-0781</td> <td>RISEK 40MG</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																							
9	Consultation Gp	General Consultation																							
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																							
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy																							
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay																							
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																							
النتائج السريرية																									

	CPT Code	Treatment	Type
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
REMARKS : الملاحظات :	Enter Remarks		
	00025	Blood Count Complete Platelets Ratio Dimer Free Count	Lab
TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck			
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد ☐ Follow Up المتابعة		CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEE

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: 09/12/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

