



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	:	YANGCHHEN LAMA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	27-May-1997	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	K1EA-GIE2-C2CJ-2CDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	L50.0 - Allergic urticaria, L29.9 - Pruritus, unspecified																		
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: Highly pruritic hyperemic raised rashes. Following ingestion of fish meal. Counselled to continue Gupisone. Cetirizin replaced with telfast. Patient is counselled on avoidance of trigger.																		
العراض المرضية																				
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9.01</td><td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>H21-0927-01183-01</td><td>CHLOROHISTOL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>E34-2431-02835-01</td><td>HYDROCORTISONE</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>0102-111908-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	H21-0927-01183-01	CHLOROHISTOL	Pharmacy	E34-2431-02835-01	HYDROCORTISONE	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																		
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																		
H21-0927-01183-01	CHLOROHISTOL	Pharmacy																		
E34-2431-02835-01	HYDROCORTISONE	Pharmacy																		
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																		
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																		
النتائج السريرية																				
REMARKS	:	Enter Remarks																		
الملاحظات																				

TREATING PHYSICIAN	:	Enomen Goodluck
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

:

☐ New☐ Follow Up

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

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: 15/12/2024

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

