



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	:	REEM MHD BASSAM	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	05-Sep-1983	GENDER
تاريخ الميلاد			:
CARD NBR	:	8IGJ-1FE2-C2CE-ICDE	PAYER
رقم البطاقة			:
			NAS - EN CN GN
			شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.9 - Painful micturition, unspecified, R50.9 - Fever, 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																																			
العراض المرضية		co pain in urination lower abdominal pain dark colour of urine fever on and off 13th jan. 2025																																			
		oe chest is clear no added sounds																																			
		restless																																			
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>96367</td> <td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0442-103213-1001</td> <td>Ciprofloxacin In Sodium Chloride [Concentrate For Infusion - 2mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>96360</td> <td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0102-111908-1001</td> <td>SODIUM CHLORIDE B.P.</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>0056-116601-1021</td> <td>Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>81001</td> <td>Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy</td> <td>Lab</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	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	0442-103213-1001	Ciprofloxacin In Sodium Chloride [Concentrate For Infusion - 2mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy	9	Consultation Gp	General Consultation	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Pharmacy	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																			
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																																			
0442-103213-1001	Ciprofloxacin In Sodium Chloride [Concentrate For Infusion - 2mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy																																			
9	Consultation Gp	General Consultation																																			
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																																			
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																																			
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																			
0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Pharmacy																																			
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab																																			
86140	C-Reactive Protein	Lab																																			
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																			
النتائج السريرية																																					
REMARKS	:	Enter Remarks																																			
الملحظات																																					

TREATING PHYSICIAN : Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

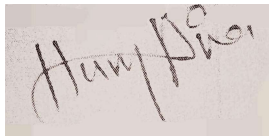
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 15/01/2025

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 . اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

