



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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 : TAYYASAR IQBAL

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 24-May-1993

تاريخ الميلاد

CARD NBR : KK12-J1E2-C2CG-GCDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, 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 : sorethroat , fever, cough with sputum yellowish for 2 days

smokes tobaco

bp is elevated

no other med conditions

o/e hyperemic throat

chet congested

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
0248-469502-0801	Hydrocortisone [Powder - 100mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات :

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج :

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

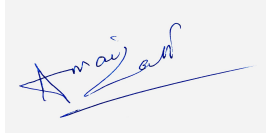
المستشفى / العيادة :

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up **CONSULTATION FEES :** Enter CONSULTATION FEE

نوع الاستشارة : ☐ جديد ☐ المتابعة **رسوم الاستشارة :**

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 25/01/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

