



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 : SUBHAN ULLAH SALAM KHAN
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 25-Mar-1999
تاريخ الميلاد
GENDER : Male
الجنس
CARD NBR : E1E9-4G4C-DCDG-1DEA
رقم البطاقة
PAYER : NAS - SRN WN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J33.9 - Nasal polyp, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

لأسباب 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 : runny nose , sorethroat , headache , fever 4 days

family hx of asthma

o/e : redness and swelling of nasal mucosa , nasal poly

العراض المرضية

throat hyperemia

CLINICAL FINDINGS

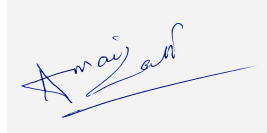
CPT Code	Treatment	Type
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
2190- 106618-1000	Parafusiv [Solution For Injection - 10mg/ml - 50.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy
REMARKS : Enter Remarks		
الملاحظات		
107704-0801		
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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

