



## 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  | : JOAO FILIPE ESTEVES CABUGUEIRA |              |                |
| اسم المريض    |                                  |              |                |
| DATE OF BIRTH | : 20-Oct-1991                    | GENDER       | : Male         |
| تاريخ الميلاد |                                  | الجنس        |                |
| CARD NBR      | : NM15-3TLM-VMVT-PVAE            | PAYER        | : NAS - SRN WN |
| رقم البطاقة   |                                  | شركة التأمين |                |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R05 - Cough, 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

pc : sore throat , sneezing , bodypain , fever for 4 days

loose stool for 1 day

smokes tobaco

not lergic to any drug

bp elevated

o/e hyperemic throat

chest congested

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

| CPT Code         | Treatment                                                                 | Type                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 0437-122107-1021 | Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)] | Pharmacy             |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr                           | Co.Pay               |
| 96374            | Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St SbSt/Drug                            | Co.Pay               |
| 9                | Consultation Gp                                                           | General Consultation |
| 2190-106618-1002 | Parafusiv [Solution For Injection - 10mg/ml - 50.00 Liquids Vial (x10)]   | Pharmacy             |

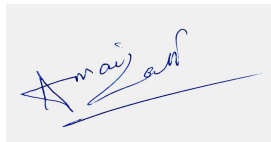
النتائج السريرية

|             | CPT Code         | Treatment                                       | Type     |
|-------------|------------------|-------------------------------------------------|----------|
|             | 0188-135906-2441 | PULMICORT                                       | Pharmacy |
|             | 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment | Co.Pay   |
|             | 86140            | C-Reactive Protein                              | Lab      |
| REMARKS :   | Enter Remarks    |                                                 |          |
| الملاحظات : |                  |                                                 |          |

|                      |   |                                                                                                          |
|----------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | DR Amaizah                                                                                               |
| الطبيب المعالج       | : |                                                                                                          |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                                                                              |
| المستشفى / العيادة   | : |                                                                                                          |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up    CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES |
| نوع الاستشارة        | : | <input type="radio"/> جديد <input type="radio"/> المتابعة    رسوم الاستشارة                              |

## DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 29/01/2025

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. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

