



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	:	AHMAD KHEDR ABDO		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	17-Jul-2003	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	CREA-AICC-DCD4-EDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, R50.9 - Fever, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, 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 , fever high grade , cough with sputum for 3 days no other med conditions smokes ciggarates o/e hyperemia of pharynx chest : wheezing																																				
العراض المرضية																																						
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0384-207801-1002</td><td>LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0802</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IM</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96367</td><td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</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	9	Consultation Gp	General Consultation	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																				
9	Consultation Gp	General Consultation																																				
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																				
0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy																																				
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																																				
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																				
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																				
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy																																				
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																																				
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																				
86140	C-Reactive Protein	Lab																																				
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																				
النتائج السريرية																																						
REMARKS	:	Enter Remarks																																				
الملاحظات																																						

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

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

DATE: 10/02/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

