



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

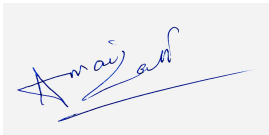
بيانات المريض

PATIENT NAME	:	ESTER BAUTISTA GANJE			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	09-Jul-1976	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	FEKF-N33F-LFL3-HLED	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, R07.1 - Chest pain on breathing		
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		
العرض المرضية		pc : sore throat , sneezing , body pain ,cough associated with fever for 2 days chest pain with cough o/e look lethargic hyperemic pharynx wheezing		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
		0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
		0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy
		0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
		94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
		N37-0865-01079-01	CEFTRIAZONE-TABUK	Pharmacy

REMARKS : الملاحظات	CPT Code	Treatment	Type
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	Enter Remarks		
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrentl Wbc Count	Lab
TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	DR Amaizah		
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

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: 14/02/2025 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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE توقيع المستفيد	
---	---