



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	:	JHON RUSSEL ABUDANZA LACE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	29-Oct-1990	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	4E4E-4I4C-DCDI-2DEA	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J45.991 - Cough variant asthma, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, E86.0 - Dehydration

التشخيص

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
العراض المرضية		pc ; dry cough , difficulty breathing wheezing , for 3 days 15/02/25
		bp is elevated
		no hx of drug or food allergies
		o/e : look lethargic , pale and dehydrated
		chest : wheezing

CLINICAL FINDINGS :

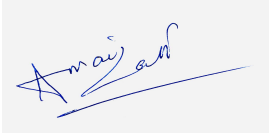
CPT Code	Treatment	Type
0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy
80061	Lipid Panel	Lab
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay

النتائج السريرية

النتائج السريرية

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 :
نوع الاستشارة	جديد المتابعة رسوم الاستشارة
	Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 18/02/2025
توقيع وختم الطبيب			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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	