



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	:	ELISHA AISHA GOMES TROY CYRIL	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	29-Oct-1995	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	AAEA-2KE2-C2CG-1CDE	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, R52 - Pain, 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 o/e there is hyperemia sore throat bodyache CRP is high																		
العرض المرضية																				
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</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>9.01</td><td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0802</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IM</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																		
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																		
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																		
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																		
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																		
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy																		
النتائج السريرية																				
REMARKS	:	Enter Remarks																		
الملاحظات																				

TREATING PHYSICIAN	:	Enomen Goodluck
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES	:	Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة		



Dr. Enomen Goodluck Ekata
General Practitioner
DHA No: 28040827-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 28/02/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

