



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	: MOHAMMAD HIAL MOHAMMAD IQBAL	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 27-Jul-2001	GENDER :
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: TMNL-3NMM-VMVM-5VAE	PAYER :
رقم البطاقة		شركة التأمين

CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة	حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J45.991 - Cough variant asthma, R06.02 - Shortness of breath, R06.2 - Wheezing

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

العراض المرضية

No Complaints Found for Selected Appointment

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	Gene Cons
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrontl Wbc Count	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	82785	Gammaglobulin Ige	Lab
	82787	Gammaglobulin Immunoglobulin Subclasses	Lab
	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharm
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharm
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pa
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pa
	0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharm
	0681-309101-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]	Pharm

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
نوع الاستشارة :	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
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: 01

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

فوض 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
ة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد