



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, R21 - Rash and other nonspecific skin Pain, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified
التشخيص		

AETIOLOGY	:	Enter Aetiology
لمسببات المرضية		

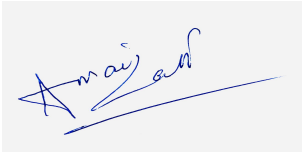
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
العرض المرضية		pc : sneezing ,nasal congestion , cough with sputum 1/03/25 associated with fever sudden onset 01/03/25 headache , bodypain 01/3/25 shortness of breath started 28/02/25 trouble breathing for many months no other medical conditions family hx of asthma (mother) no known allergies bp is elevated , o/e ; hyperemic pharynx chest : wheezing

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	9	Consultation Gp	Gene Cons
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	82785	Gammaglobulin Ige	Lab
	82787	Gammaglobulin Immunoglobulin Subclasses	Lab
	0195-107704-0802	CEFTRIAZONE-TABUK IM	Phari
	0188-135906-2441	PULMICORT	Phari
	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)]	Phari
	0681-309101-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]	Phari
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		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 01
توقيع وختم الطبيب			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 كالأصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	