



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	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: TMNL-3NMM-VMVM-5VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R06.02 - Shortness of breath, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, R52 - 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

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

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	82785	Gammaglobulin Ige	Lab
	82787	Gammaglobulin Immunoglobulin Subclasses	Lab
	0195-107704-0802	CEFTRIAZONE-TABUK IM	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy
	0681-309101-	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml -	
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 :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

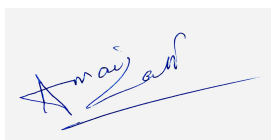
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 01/03/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

