



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	:	ISHAAK SSUUBI		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	01-May-1984	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	INS019	PAYER	: NAS V
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : L03.011 - Cellulitis of right finger, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, R52 - Pain, unspecified Fever, unspecified

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**

pc : bleeding and pain at rt thumb after injury with kitchen knife 01/03/25

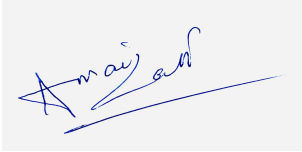
o/e ; laceration of approx 2*2 cm on distal phalynx of rt thumb

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharm
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pa
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharm
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pa
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharm

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	D7910	suture of recent small wounds up to 5 cm	Denta
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	DR Amaizah		
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

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 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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE توقيع المستفيد	
---	---