



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	:	MICHEL YAKAN NIKAKEU		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	28-May-1975	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	A754-723F-EF92-9FAD	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	L03.312 - Cellulitis of back [any part except buttock], E86.0 - Dehydration, M54.5 - Low back pain, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, M62.830 - Muscle spasm of back																													
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 : severe pain 8 on pain score started from rt side of lower back and radiating downward upto medial side of rt thigh excruciating pain started after bending movement 05/03/25 o/e; tenderness at lower back																													
العرض المرضية																															
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>80051</td><td>Electrolyte Panel</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</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>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	80051	Electrolyte Panel	Lab	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																													
9	Consultation Gp	General Consultation																													
80051	Electrolyte Panel	Lab																													
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																													
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																													
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																													
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																													

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0102-152902-1001	(CALCIUM CHLORIDE : N/A) (POTASSIUM CHLORIDE : N/A) (SODIUM CHLORIDE : N/A) (SODIUM LACTATE : N/A) SOLUTION FOR INFUSION-LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0681-309101-1021	(DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE : 4 MG/ML) SOLUTION FOR INJECTION	Pharmacy
	2190-106618-1001	(PARACETAMOL : 10 MG/ML) SOLUTION FOR INFUSION-PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0095-149911-	(DICLOFENAC SODIUM : 75MG/2ML) SOLUTION FOR INJECTION	Pharmacy
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

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 و ختم الطبيب

Amazah

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

DATE: 05/03/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

