



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	:	LUCY MUTHONI GACHIGI	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	19-Sep-1992	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	I008-004-121485692-01	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J01.41 - Acute recurrent pansinusitis, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, D50.9 - Iron deficiency anemia, 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 : coughing with heavy mucous yellow in color , sore throat , sneezing , associated with low garde fever startd 03/03/35
	nasal blockage , difficulty in breathig palpitations started 07/3/25
العراض المرضية	hx of meet allergy
	o/e : look pale letargic . dehydrated
	hyperemia of pharynx
	chest : wheezing

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

النتائج السريرية

REMARKS : الملاحظات	CPT Code	Treatment	Type
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
Enter Remarks			

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 : 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: 08/03/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد