



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	:	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 : 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 :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	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
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
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS 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 CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
		Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم 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