



## 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  | : | KELVIN KABAGMBE     |              |          |
| اسم المريض    |   |                     |              |          |
| DATE OF BIRTH | : | 15-Jan-1985         | GENDER       | : Male   |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس        |          |
| CARD NBR      | : | NNM2-363F-LFLH-KLED | PAYER        | : NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين |          |

|                  |   |                                |                                  |                                       |                                 |
|------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| CASE INFORMATION | : | <input type="checkbox"/> ACUTE | <input type="checkbox"/> CHRONIC | <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING | <input type="checkbox"/> INJURY |
| نوع الحالة       |   | حادة                           | مزمنة                            | موجودة مسبقا                          | إصابة                           |

|           |   |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIAGNOSIS | : | R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, M54.5 - Low back pain, N39.498 - Other specified urinary incontinence, E86.0 - Dehydration, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R05 - Cough, R51.9 - Headache, unspecified |
| التشخيص   |   |                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                 |   |                                              |
|-----------------|---|----------------------------------------------|
| AETIOLOGY       | : | <input type="text" value="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      | : | <b>Complaint</b>                                                                                                                                                                    |
| العرض المرضية |   | <p>PATIENT CAME WITH HIGH GRADE FEVER WITH SEVER BODY PAIN .FOR ONE DAY</p> <p>PATIENT ALSO COMPLAIN OF OCCASIONAL RIGHT LUMBER PAIN</p> <p>BURNING MICTURATION</p> <p>NO COUGH</p> |

|                     |                  |                                                  |                      |
|---------------------|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code         | Treatment                                        | Type                 |
|                     | 9                | Consultation Gp                                  | General Consultation |
|                     | 96361            | Iv Infusion Hydration Each Additional Hour       | Co.Pay               |
|                     | 96375            | Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug      | Co.Pay               |
|                     | 0102-100104-1001 | SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.                  | Pharmacy             |
|                     | 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr  | Co.Pay               |
|                     | 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im    | Co.Pay               |
|                     | 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                   | Pharmacy             |
|                     | 0005-149902-1021 | CLOFEN                                           | Pharmacy             |
|                     | 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                           | Pharmacy             |
|                     | 81001            | UrnlS Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy   | Lab                  |
|                     | 86140            | C-Reactive Protein                               | Lab                  |
|                     | 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab                  |
|                     |                  |                                                  |                      |

|           |   |                                            |
|-----------|---|--------------------------------------------|
| REMARKS   | : | <input type="text" value="Enter Remarks"/> |
| الملاحظات |   |                                            |

|                      |   |                                                           |                         |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|-------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | AISHA                                                     |                         |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                         |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                         |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                         |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES :     |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             | رسوم الاستشارة          |
|                      |   |                                                           | Enter CONSULTATION FEES |

|                              |                                                                                   |                                                                                                                                   |                  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP |  | <div>Dr. Aisha Umer<br/>Physician- General Practitioner<br/>DHA- 40131439-002<br/>CITICARE MEDICAL CENTER<br/>DUBAI - U.A.E</div> | DATE: 11/03/2025 |
| توقيع و ختم الطبيب           |                                                                                   |                                                                                                                                   | 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          |                                                                                   |