



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	:	NYI NYI		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	31-Aug-2000	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	2EF1-1AF2-C2CF-JCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], R51.9 - Headache, unspecified, E86.0 - Dehydration

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)

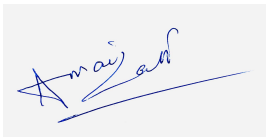
SYMPTOMS	:	Complaint
		PC : HEADACHE , BODYPAIN , SORETHROAT , LETHARGIC
العراض المرضية		O/E : LOOK PALE
		LETHARGIC
		DEHYDRATED

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy

REMARKS :

الملاحظات

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		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 12/03/2025
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	