



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

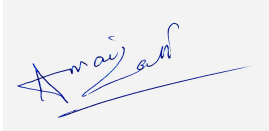
PATIENT NAME	:	AMAL JACOB			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	31-Dec-1999	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	45D3-723F-EF73-5FAD	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, 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 : SORETHROAT , BODYPAIN , SNEEZING , HEADACHE , NSAL CONGESTION WITH RUNNY NOSE SOMETIMES STARTED 12/03/25 O/E : LOOK LETHARGIC AND DEHYDRATED HYPREMIC PHARYNX CHEST CONGESTED																								
العراض 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>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</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><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																								
9	Consultation Gp	General Consultation																								
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																								
86140	C-Reactive Protein	Lab																								
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																								
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																								
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																								
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																								
النتائج السريرية																										

REMARKS الملحظات	CPT Code	Treatment	Type
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	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		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 15/03/2025
توقيع وختم 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	