



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	:	NADEEM YOUSEF			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	03-Dec-1975	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	KGJE-18E2-C2CJ-8CDE	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, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J01.41 - Acute recurrent pansinusitis, R50.9 - Fever, unspecified, R06.2 - Wheezing

التشخيص

AETIOLOGY	:	Enter Aetiology
لمسببات المرضية		

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

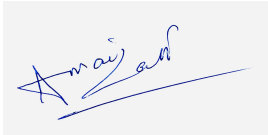
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
		PC : SNEEZING , NASAL CONGESTION , BREATHING DIFFICULTY , PAIN BEHIND CHEEK BONE , POST NASAL DRIP ASSOCIATED WITH FEVER ALL STRATED 20/03/25
		KNOWN ALLRGIC RHINITIS WITH RECURRENT PAN SINUSITIS
العراض المرضية		O/E : LOOK IRRITABLE ,LETHRAGIC
		NASAL QUALITY VOICE
		HYPEREMIC PHARYNX
		CHEST : WHEEZING

CLINICAL FINDINGS :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0195-107704-0802</td><td>CEFTRIAZONE-TABUK IM</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	86140	C-Reactive Protein	Lab	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	0195-107704-0802	CEFTRIAZONE-TABUK IM	Pharmacy	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																							
86140	C-Reactive Protein	Lab																							
9	Consultation Gp	General Consultation																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																							
0195-107704-0802	CEFTRIAZONE-TABUK IM	Pharmacy																							
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																							
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																							
النتائج السريرية																									

	CPT Code	Treatment	Type
	0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy
	0125-122107		
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	DR Amaizah			
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up 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: 21/03/2025 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	
---	---