



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 : SHERIFF MBONGEWEH NKEMZEMOH
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 21-Jul-1995
تاريخ الميلاد
CARD NBR : T5T6-PPMM-VMV6-PVAE
رقم البطاقة
GENDER : Male
الجنس
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration

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

العراض المرضية

PC : SORETHROAT , BODYPAIN , COUGH WITH SPUTUM ASSOCIATED WITH LOW GRADE FEVER

O/E :

LOOK PLAE , DEHYDTRATED

HYPEREMIC OF PHARYNX

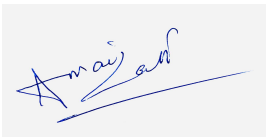
CHEST WHEEZING

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

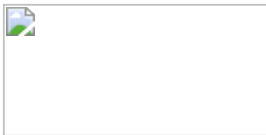
الملحظات

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: 24/03/2025
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	