



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 : BILAL HUSSAIN MUHAMMAD SHARIF

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 28-Feb-1991

تاريخ الميلاد

CARD NBR : AIEF-GJ12-C2C1-FCDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

حادة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : L03.032 - Cellulitis of left toe

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: swelling and pain on the leftt big toe

Duration: 5 days.

There's associated oozing of pus from the affected toe nail.

This is the second episode in the patient, but only managed with antibiotics 2months ago in another center.

This time, nail removal is advised with wedge excision of the nail bed edge.

Also currently has nasal congestion and pain in the nasal bridge (sinusitis).

Not diabetic and has no other medical condition of note

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
11760	Repair Nail Bed	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation

REMARKS :

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

:

☐ New☐ Follow Up

جديد

المتابعة

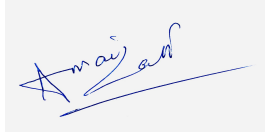
CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 25/03/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

