



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	:	HANNAH GRACE EHAB HAMOUDA			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	30-Jan-2006	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	FA21-I2E2-C2C1-JCDE	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 fever cough flu nasal congestion body pain o/e hyperemia chest congestion																																
العراض المرضية																																		
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																																
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																
النتائج السريرية																																		

REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			
TREATING PHYSICIAN :	Humaira		
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

توقيع وختم الطبيب

Humaira Mumtaz

Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 31/03/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

