



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	:	AHMAD KHEDR ABDO			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	17-Jul-2003	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	CREA-AICC-DCD4-EDEA	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : J03.91 - Acute recurrent tonsillitis, unspecified, R05 - Cough, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified

التشخيص

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 : sore throat , fever high grade , cough with sputum green in colour
		difficulty swallowing food
		started 04/04/25
		oral intake is reduced
		4th episode of tonsillitis
		IV ANTIBIOTICS THERPY NEEDED ALONG WITH STEROIDS
		see ENT SPECIALIST MIGHT NEED SURGICAL REMIOVAL
		no other med conditions
		smokes ciggarates
		o/e hyperemia of pharynx
		PHARYNX CONGESTED WITH SWOLEN TONSIILS WITH PUS POINTS
		chest : wheezing

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
REMARKS : الملاحظات	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 :	Enter CONSULTATION FEES
	رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Amaizah

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

DATE: 07/04/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

