



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	:	rinda bt ruhyat	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	05-May-1975	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	6HFM-N33F-LFLN-NLED	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, R06.2 - Wheezing, R09.81 - Nasal congestion, R50.9 - Fever, 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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

Complaint

pc : sore throat , bodypain , cough with sputum m fever started 14/04/25

took panadol not improved

العرض المرضية

o/e : loook pale lethargic dehydrted

hyperemic pharynx

chets conhgsted

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
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
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy

REMARKS :

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
		CONSULTATION FEES :
		Enter CONSULTATION FEES
		رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

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

DATE: 15/04/2025

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