



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	FATIMA EZZAHRA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	29-Jul-1994	GENDER
تاريخ الميلاد			:
CARD NBR	:	18I2-A2E2-C2C2-8CDE	PAYER
رقم البطاقة			:
			Female
			الجنس
			NAS VN
			شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : M54.5 - Low back pain, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, M62.830 - Muscle spasm of back

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

lower back pai , lethargy , wekness , stiffness in lower back causing difficulty in walking and standing and low grade fever strated 25/05/25

took panadol not improved

o/e : look irritabel and dehydrtaed

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
النتائج السريرية	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES :

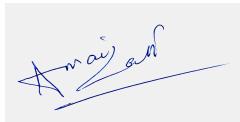
نوع الستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الستشارة

Enter CONSULTATION FEES



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 25/05/2025

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

