



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	: MOHAMED IMDHADH MOHAMED NIZAM		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Jan-1999	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: GFEA-G1E2-C2CF-8CDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة

حادثة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, R52 - Pain, unspecified, E86.0 - Dehydration, S61.200A - Unsp open wound of r idx fngrr w/o damage to nail, init

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

pt came with high grade fever with severe throat pain and nasal blockage for two days

oe throat is hyperemic

chest is clear

Temp: 36°C, Pulse: 112bpm, BP: 144mmHg, Height: 177cm, Weight: 97.5kg, BMI 31.12(Obese), Blood Sugar

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
87430	Iaad Eia Streptococcus Group A	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
9	Consultation Gp	General Consultation

REMARKS

: Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New

☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الستشارة

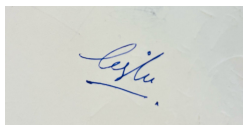
جديد

المتابعة

رسوم الستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 08/06/2025

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

