CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة

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 اسم المريض	:	MIKHAIL SOLODKOV			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	24-Jan-2000	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	KEKG-82E2-C2CG-KCDE	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

CASE INFORMATION نوع الحالة : ☐ **ACUTE** حادة ☐ **CHRONIC** مزمنة ☐ **PRE-EXISTING** موجودة مسبقا ☐ **INJURY** إصابة

DIAGNOSIS التشخيص : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, D50.9 - Iron deficiency anemia, unspecified, E55.9 - Vitamin D deficiency, unspecified, E86.0 - Dehydration, R03.1 - Nonspecific low blood-pressure reading

AETIOLOGY لمسببات المرضية : *Enter Aetiology*

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS العراض المرضية :

Complaint

pc : sore throat , body pain , heache , dry cough and fever started 10/06/25

took panadol not improved

o/e : look pale , and dehydrated

hypermic pharynx

tonsils are swollen

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

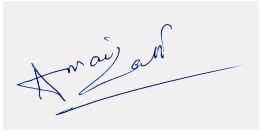
CPT Code	Treatment	Type
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
86140	C-Reactive Protein	Lab
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج : DR Amaizah

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة					
CONSULTATION DETAILS	:	◯ New	◯ Follow Up	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
نوع الستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الستشارة	



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: 13/06/2025
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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد