



## 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  | : | Genelyn ratone      |              |   |        |
| اسم المريض    |   |                     |              |   |        |
| DATE OF BIRTH | : | 17-Sep-1984         | GENDER       | : | Female |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس        |   |        |
| CARD NBR      | : | N326-N33F-LFL6-MLED | PAYER        | : | NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين |   |        |

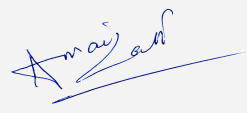
|                  |   |                                |                                  |                                       |                                 |
|------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| CASE INFORMATION | : | <input type="checkbox"/> ACUTE | <input type="checkbox"/> CHRONIC | <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING | <input type="checkbox"/> INJURY |
| نوع الحالة       |   | حادة                           | مزمنة                            | موجودة مسبقا                          | إصابة                           |

| DIAGNOSIS                                                                         | :                                              | I10 - Essential (primary) hypertension, E78.2 - Mixed hyperlipidemia, R03.0 - Elevated blood-pressure reading, w/o diagnosis of htn                                                                                                                                                                                                           |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------|---|-----------------|----------------------|-------|------------------------------------------------|--------|-------------------|-------|----------|
| التشخيص                                                                           |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
| AETIOLOGY                                                                         | :                                              | <input type="text" value="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                                                                          | :                                              | <div><b>Complaint</b><br/><br/>KNOWN HYPERTENSIVE BP IS NOT CONTROLLED ON CURRENT MEDICATION ADN DOSE<br/><br/>BLURRY VISION , DIZINESS , AGITATION<br/><br/>NEED DOSE ADJUSTMENT<br/><br/>O/E : LOO IRRITABLE<br/><br/>BP IS ELEVATED 190 MMHG<br/><br/>NEED LASIX IV PUSG</div>                                                             |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
| العراض المرضية                                                                    |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
| CLINICAL FINDINGS                                                                 | :                                              | <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>L91-2849-02491-01</td><td>LASIX</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table> | CPT Code | Treatment | Type | 9 | Consultation Gp | General Consultation | 96374 | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug | Co.Pay | L91-2849-02491-01 | LASIX | Pharmacy |
| CPT Code                                                                          | Treatment                                      | Type                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
| 9                                                                                 | Consultation Gp                                | General Consultation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
| 96374                                                                             | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug | Co.Pay                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
| L91-2849-02491-01                                                                 | LASIX                                          | Pharmacy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
| النتائج السريرية                                                                  |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
| REMARKS                                                                           | :                                              | <input type="text" value="Enter Remarks"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |
| الملاحظات                                                                         |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |           |      |   |                 |                      |       |                                                |        |                   |       |          |

|                      |   |                                                           |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | DR Amaizah                                                |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up |
| CONSULTATION FEES :  |   | <input type="text" value="Enter CONSULTATION FEES"/>      |

## DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 14/06/2025

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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

