



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	:	PELANGINE YAWEH NDULA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	26-Jul-1996	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	631L-P5LM-VMVM-PVAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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

PC : S EVRE SORE THROAT , BODY PAIN WHICH IS GRADUAL ONSET AND SEVERE , ASSOCIATED WITH HIGH GRDAE FEVER AND PRODUCTIVE COUGH , YELLOW GREEN MUCOUS , RUNNY NOSE , STARTED 18/06/25

O/E : LOOK IRRITABLE

FEBRILE 38.9 C

TACHYPNEA

DRY ORAL MUCOSA , HYPEREMIC PHarynx , tonsils are swollen

chest : congested

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

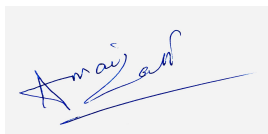
CPT Code	Treatment	Type
96376	Ther Proph/Dx Njx Ea SeqI Iv Push Sbst/Drug Fac	Co.Pay
H21-4630-04160-01	RISEK	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation
96366	Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
H21-0927-01183-01	CHLOROHISTOL	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
N37-0865-01079-01	CEFTRIAXONE-TABUK	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab

النتائج السريرية

REMARKS	CPT Code	Treatment	Type
الملحظات	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah			
الطبيب المعالج	HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة	CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up		
نوع الاستشارة	جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
		CONSULTATION FEES :	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: 19/06/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

