



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 : SHABODIN ABABULGU ABALULESA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 29-Nov-1987 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : FHFE-KN3F-LFLM-MLED PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.0 - Dysuria, R33.9 - Retention of urine, unspecified, E86.0 - Dehydration, N20.0 - Calculus of kidney, N30.90 - Cystitis, unspecified without hematuria

التشخيص

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 الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS

العراض المرضية

Complaint

FOLLOW UP :

PC : DIFFICULTY IN PASSING URINE

URINE ANALYSIS .HIGH CONCENTRATION OF PUS CELLS AND BACTERIA .

CALCIUM OXALATE CRYSTALS ARE ALSO HIGH .

NOW LEG SWELLING IS BETTER AFTER MEDICATION

ADVICE HIM TO TAKE GOOD AMOUNT OF WATER AND COMPLETE ANTIBIOTIC COURSE

ADVICE FOR ULTRASOUND KUB

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
76856	Us Pelvic Nonobstetric Real-Time Image Complete	Radiology
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation

REMARKS

الملحظات

Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN

: AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

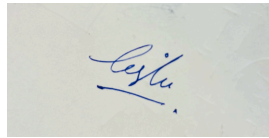
: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

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: 24/06/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

