



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	:	TYCLANE MBUS WAMBUI	
اسم المريض	:		
DATE OF BIRTH	:	01-Apr-2004	GENDER : Female
تاريخ الميلاد	:		الجنس
CARD NBR	:	8E22-8AF2-C2CF-ECDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة	:		شركة التأمين

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

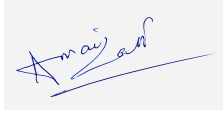
DIAGNOSIS	:	J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, R52 - Pain, unspecified, R03.1 - Nonspecific low blood-pressure reading, R11.0 - Nausea																																	
التشخيص	:																																		
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology																																	
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																																	
العرض المرضية	:	PC : HEADCHE , BODY PAIN , SEVRE 08 ON PAIN SCALE SORE THROAT , AND NAUSEA , DIZZINESS , ASSOCIATED WITH HIGH GRDAE FEVER AND CRAMPING PAIN IN ABDOMEN STARTED 22/06/25 LOSS OF APPETITE ORAL INTAKE IS REDUCED O/E : LOOK APLE , IRRITABLE DUE TO HIGH GRADE FEVER LOW BLOOD PRESSURE TONSILS ARE SWOLLEN WITH PUS POINTS																																	
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9.01</td><td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																	
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																																	
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																	
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																	
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																	
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																	
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																	
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																	
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																	
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																	
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																	
النتائج السريرية	:																																		
REMARKS	:	Enter Remarks																																	
الملاحظات	:																																		

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة	:	☐ جديد ☐ المتابعة	رسوم الاستشارة
			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: 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. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

