



## 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 ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

### PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

|               |   |                     |                 |
|---------------|---|---------------------|-----------------|
| PATIENT NAME  | : | RODA PINEDA FUELLAS |                 |
| اسم المريض    |   |                     |                 |
| DATE OF BIRTH | : | 09-Feb-1988         | GENDER : Female |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس           |
| CARD NBR      | : | KFH6-3J3F-LFL2-MLED | PAYER : NAS VN  |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين    |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R10.0 - Acute abdomen, R10.813 - Right lower quadrant abdominal tenderness, R10.823 - Right lower quadrant rebound abdominal tenderness, M54.5 - Low back pain, R30.0 - Dysuria, K37 - Unspecified appendicitis

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

Chief complaint: severe adnominal pain

History of present illness:

Onset: rapid

Duration: 3 days 23/07/25

Severity: severe

Location: right side of abdomen

Associated symptoms: nausea ,fever, pain

Past medical history: nil

Family history: nil

Medication history: nil

Allergy history: nil

Review of system:

on examination: right iliac fossa tenderness.

CLINICAL FINDINGS :

| CPT Code | Treatment                                        | Type      |
|----------|--------------------------------------------------|-----------|
| 85025    | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab       |
| 76705    | Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited   | Radiology |

REMARKS :

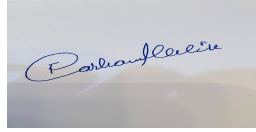
Enter Remarks

الملحظات

|                      |   |                                                           |                                    |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | Dr.Farhan Iyas                                            |                                    |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                                    |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                                    |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                                    |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES :                |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             | رسوم الاستشارة                     |
|                      |   |                                                           | <div>Enter CONSULTATION FEES</div> |

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr .Frahna Ilyas Malik  
Physician-General Practitioner  
DHA-06441782-001  
CITICARE MEDICAL CENTER  
DUBAI U.A.E

DATE: 26/07/2025

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

