



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	:	ISLAM AHMED FARRAG FOULI		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	13-Jun-1996	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	4RCC-2I4C-DCDI-2DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified												
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 severe sore throat , difficulty in swallowing and breathing , associate with high grade fever started 03/08/25 took panadol not improved o/e : look pale , lethargic and irritable hypereremic congested pharynx tonsils are swollen wbc raised with neutrophil predominance												
العرض المرضية														
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><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>0195-107704-0802</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IM</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type												
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay												
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy												
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy												
النتائج السريرية														
REMARKS	:	Enter Remarks												
الملحظات														

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		

CONSULTATION DETAILS	:	☐ New	☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة	

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: 13/08/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد