



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	:	ANA PAULA DE LIMA SIL VESTRE			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	22-May-1991	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	3R6R-MTLM-VMV1-PVAE	PAYER	:	NAS VN
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, R50.9 - Fever, unspecified, M54.5 - Low back pain, E86.0 - Dehydration, N23 - Unspecified renal colic		
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		
الاعراض المرضية		pt came with the complain of severe left sided lumber pain started this morning along with painful micturation she has a past history of urinary tract infection as well o/e she look dehydrated and due to pain she looked irritable allergies : none pmh : none pain scale is 7		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0439-152905-1002	LACTATED RINGER S INJECTION USP (CALCIUM CHLORIDE : 0.2 MG/ML) (POTASSIUM CHLORIDE : 0.3 MG/ML) (SODIUM CHLORIDE : 6 MG/ML) (SODIUM LACTATE : 3.1MG/ML) SOLUTION FOR INFUSION	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation

CPT Code	Treatment	Type
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Mircscopy	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up

نوع الاستشارة

جديد

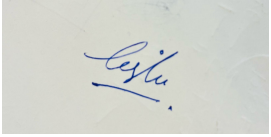
المتابعة

رسوم الاستشارة

CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 20/08/2025

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

