



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

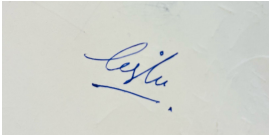
PATIENT NAME	:	ANA PAULA DE LIMA SIL VESTRE		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	22-May-1991	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	3R6R-MTLM-VMV1-PVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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 pt came with the complain of severe left sided lumbar 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																																						
العراض 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>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0384-111908-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE B.P.</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>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>81000</td><td>Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy</td><td>Lab</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>			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	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
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																																						
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																																						
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																						
9	Consultation Gp	General Consultation																																						
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																						
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab																																						
86140	C-Reactive Protein	Lab																																						
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab																																						
النتائج السريرية																																								

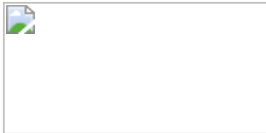
REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

TREATING PHYSICIAN :	AISHA	
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		Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 20/08/2025
توقيع وختم الطبيب			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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	