



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	: SHABODIN ABABULGU ABALULESA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 29-Nov-1987	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: FHFE-KN3F-LFLM-MLED	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

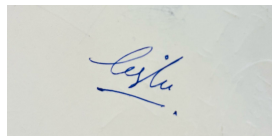
CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: L23.89 - Allergic contact dermatitis due to other agents, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, L29.8 - Other pruritus, E86.0 - Dehydration																								
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 : itching all over the body hopc : pt presented with overall body rash with vesicles all over the body o/e larges and small whitish vesicles with itching pt no idea about any allergin																								
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>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>82785</td><td>Gammaglobulin Ige</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 Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	82785	Gammaglobulin Ige	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																							
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																							
82785	Gammaglobulin Ige	Lab																							
86140	C-Reactive Protein	Lab																							
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																							
9	Consultation Gp	General Consultation																							
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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 22/08/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

