



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 : BRIAN SSEMUGOOMA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 03-Jun-1996 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : 8EA1-GKE2-C2CK-ECDE PAYER : NAS - SRN WN
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, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R09.81 - Nasal congestion, R51.9 - Headache, unspecified, R06.7 - Sneezing

التشخيص

AETIOLOGY

لمسببات المرضية

Enter Aetiology

(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

العراض المرضية

Complaint

chief complain: came with sore throat started yesterday 22/08/25

associated with fever, cough, headache, body ache, weakness, sneezing, runny nose and sometime nasal congestion.

on examination:

chest congestion and hyperemia.

pain scale: 06

allergy: nil

CLINICAL FINDINGS :

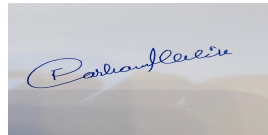
النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy

REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			
TREATING PHYSICIAN :	Dr.Farhan Iyas		
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC :	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS :	☐ New	☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة	جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 23/08/2025

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 كالصلييه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

