



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	: STAMATIA VIMBAINASHE CHIRIMA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Sep-1993	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 2E34-723F-EFD3-5FAD	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, 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 pc : sore throat , cough , nasal congestion associated with fever gradual onset high grade 22/08/25 , nausea vomitting 3 episodes , , hx of loose stool , started 22/08/25 o/e : dehydrated follicular tonsils with white patches both sides hyperemic pillar of tonsils hypermic pharynx odynophagia , and not tolerating orally
----------	---

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	86140	C-Reactive Protein	Lab	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																				
9	Consultation Gp	General Consultation																				
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																				
86140	C-Reactive Protein	Lab																				
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																				
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																				
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																				

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	DR Amaizah		
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

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: 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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد