



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	:	AHMAD KHEDR ABDO			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	17-Jul-2003	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	CREA-AICC-DCD4-EDEA	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J04.0 - Acute laryngitis, R50.9 - Fever, unspecified		
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		
العراض المرضية		: sore throat , fever high grade , cough with sputum for 3 days		
		no other med conditions		
		smokes cigrates		
		o/e hyperemia of pharynx		
		chest : wheezing		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية		CPT Code	Treatment	Type
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbstd/Drug	Co.Pay
		K53-4025-04308-01	PARAFUSIV	Pharmacy
		0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
		94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

	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: 14/02/2025

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