

Sick Leave Certificate

شهادة إجازة مرضية

Date: 17-07-2023 تاريخ:

Patient Information		
Patient Name	KEYT ROSE ANNE TAROZA EVANGELISTA	اسم المريض
Patient File No.	16243	رقم ملف المريض
Visit Type	Outpatient	نوع الزيارة
Date of Admission	N/A	تاريخ الدخول
Date of Discharge	N/A	تاريخ الخروج
Patient Passport No/Emirates ID	N/A / 784-1998-1429407-2	رقم بطاقة الهوية / رقم جواز السفر
Employer	Private	جهة العمل
Employer Name	N/A	إسم جهة العمل

Sick Leave Information		
Diagnosis - ICD Code	Acute frontal sinusitis (J01.10) (J01.10),Allergic rhinitis (J30.9) (J30.9),Nasal congestion (R09.81) (R09.81),Fever (R50.9) (R50.9)	اسم ورقم التشخيص
Sick Leave From, To	17-07-2023, 19-07-2023	الإجازة المرضية من , إلى
Sick Leave Period	3	مدة الإجازة المرضية
Physician Remarks		ملاحظات الطبيب

Physician Information		
Physician Name	Divya Naik Lavouri	اسم الطبيب
Physician Title	General Practitioner-General Practice	تخصص الطبيب
Facility Name	Gsm Medical Center LLC	اسم المنشأة

Physician Signature		توقيع الطبيب
Physician Stamp		ختم الطبيب

Remarks: ملاحظات:

- This certificate is electronically issued and does not require a DHA stamp or attending DHA for manual attestation.
- For the purpose of verification of this certificate, please visit DHA Website: <https://services.dha.gov.ae/sheryan/wps/portal/home/services-professional/online-verification> and enter the Security code & Certificate No. mentioned below.

- يتم إصدار هذه الشهادة إلكترونياً ولا تتطلب ختم الهيئة أو الحضور لتصديقها
- لغرض التحقق من هذه الشهادة , يرجى زيارة موقع هيئة الصحة بدبي: <https://services.dha.gov.ae/sheryan/wps/portal/home/services-professional/online-verification> وإدخال رمز و رقم الشهادة المذكورين أدناه.

CP_9.3 F-06

PIN: 4747



1689613698133

GSM Medical Center
Muaded Almazrouei Bdlg -
1st floor - Al Satwa Rd - near
Satwa Roundabout - Al Satwa
- Dubai
Tel: 04-8831002,04-8831003
Fax: 048831004



PRESCRIPTION

Patient Name	KEYT ROSE ANNE TAROZA EVANGELISTA	AGE	:	24 YEARS
Address	dubai	Mobile	:	971503847526
Medical Record #				
Principal Diagnosis	J01.10 - ACUTE FRONTAL SINUSITIS, UNSPECIFIED			
Secondary Diagnosis	J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, R50.9 - Fever, unspecified			
ADVISE:	STEAM INHALTION 3 TIMES A DAY, DRINK WARM WATER, AVIOD COOL DRINKS/SOFT			

GENERIC/DOSE/FORM	STRENGTH	INSTRUCTIONS	QUANTITY	ROUTE OF ADMIN
TAB AZOMAX(ANTIBIOTIC)	250MG	TAKE 1 TABLET EVERY 12TH HOURLY FOR 3 DAYS AFTER FOOD	6	ORAL
TAB AERIUS / DESLORATADINE [5 MG] - FILM COATED TABLET	5MG	TAKE 1 TABLET ONCE A DAY AT BEDTIME FOR 10 DAYS	10	ORAL
OTRIVIN COMPLETE NASAL DROPS		2 DROPS IN EACH NOSTRIL FOR 3 DAYS	1	INTRANASAL
TAB MAXIGESIC(FOR FEVER/HEADACHE)	150/500MG	TAKE 1 TABLET 3 TIMES A DAY	10	ORAL
ADDITIVA VITAMIN C LEMON / ASCORBIC ACID (VITAMIN C) [1000 MG] - EFFERVESCENT TABLETS	1000MG	MIX 1 TABLET IN 1 GLASS OF WATER AND DRINK DAILY 1 TABLET	20	ORAL

Doctor Name**License Number****Date****Signature & Stamp**

DR.DIVYA

77225642

17-JULY-
2023