



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	: SHIVA SHRESTHA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 08-Jun-2000	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 55NL-3NMM-VMVN-TVAE	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, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough

التشخيص

AETIOLOGY :

لأسباب 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 ; fever on and off runny nose, dry cough 3 days oe restless pharynx hypermia with whitish exudates chest is congested no added sounds

CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>0248-469502-0801</td> <td>Hydrocortisone [Powder - 100mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>96374</td> <td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>87081</td> <td>Cul Prsmptv Pthgnc Organism Scrn W/Colony Estimj</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>PULMICORT</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>94640</td> <td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	0248-469502-0801	Hydrocortisone [Powder - 100mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy	9	Consultation Gp	General Consultation	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	87081	Cul Prsmptv Pthgnc Organism Scrn W/Colony Estimj	Lab	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																										
0248-469502-0801	Hydrocortisone [Powder - 100mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy																										
9	Consultation Gp	General Consultation																										
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																										
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																										
87081	Cul Prsmptv Pthgnc Organism Scrn W/Colony Estimj	Lab																										
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																										
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																										
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																										
النتائج السريرية																												

REMARKS

: Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

: DR Amaizah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEE

نوع الاستشارة

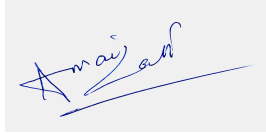
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 30/01/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

