



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	:	NI PUTU CAROLINA FEBRIANI		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	13-Feb-1990	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	PMT3-TPLM-VMVR-3VAE	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, J45.991 - Cough variant asthma, R52 - Pain, unspecified, E86.0 - Dehydration

التشخيص

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 , bodypain ,sneezing . ASSOCIATED WITH FEVER WHICH IS LOW GRADE started 21/02/25
		ORAL INTAKE IS REDUCED 20/02/25
العراض المرضية		o/e ; look pale
		dehydrated
		hyperemic pharynx
		chest congested

CLINICAL FINDINGS : النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy

CPT Code	Treatment	Type
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
REMARKS : الملحظات	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 وختم الطبيب

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

DATE: 23/02/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد