



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	:	ASANGA BUDDIKA			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	17-May-1987	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	L3ML-3NMM-VMVT-MVAE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, R50.9 - Fever, unspecified, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption
-----------	---	--

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 follow up to continue treatment condition improving previously visited with : SORE THROAT , COUGHING , SNEEZING , WATRY EYES , STICKY IN THE MORNING STARTED 20/02/25 ASSOCIATED WITH BODYPAIN, FRONTAL HEADACHE SEVERE 7 ON PAIN SCALE , AND FEVER HIGH GRADE STARTED 20/02/25 O/E : LOOK IRRITABLE, DISCLOSED BLACKISH PHARYNX GINGIVA AND TONSILLS CHEST CONGESTED NASAL QUALITY VOICE
----------	---	---

العراض المرضية

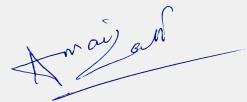
CLINICAL FINDINGS :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9.01</td><td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type														
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation														
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy														
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay														
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay														

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0195-107704		
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

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

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: 05/03/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

