



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

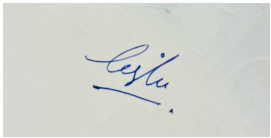
PATIENT NAME	: THISARA MADUSANKA ARACHCILAGE		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 11-Jan-2000	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 91G4-9RCC-DCD4-9DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, R53.1 - Weakness, R05 - Cough, R51.9 - Headache, unspecified, R06.2 - Wheezing																																				
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																																				
العرض المرضية	patient came with high grade fever congested tonsils and headache oe. throat is hyperemic ,pt unable to eat and drink chest is congested . patient also complain of some unrealistic incident .																																				
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0006-124513-2071</td><td>Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</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>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0102-100104-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0681-309101-1021</td><td>Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0681-309101-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																			
9	Consultation Gp	General Consultation																																			
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																			
0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Pharmacy																																			
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																			
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																			
86140	C-Reactive Protein	Lab																																			
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																																			
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy																																			
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																			
0681-309101-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]	Pharmacy																																			
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																			
النتائج السريرية																																					

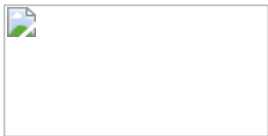
REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

TREATING PHYSICIAN :	AISHA		
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		Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 06/03/2025
توقيع و ختم الطبيب			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	