



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 : MINUKA DEEPTHA PERERA KODIKARAGE
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 03-Aug-1996
تاريخ الميلاد
GENDER : Male
الجنس
CARD NBR : I019-004-116868634-01
رقم البطاقة
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration

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

pc : sore throat , sneezing , runny nose with blocked sometimes , eyees are red and itchy started 28/02/25
cough which is dry causing braething difficulty started 01/03/25
oral intake is reduced

العراض المرضية

o/e : look dehydrated, lehargic

hyperemic pharynx

chest congested

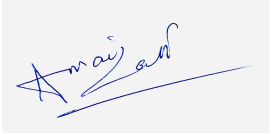
CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
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
الملحظات	

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 06/03/2025
توقيع وختم 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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	