



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 : LAMBODAR BARIK MADHUSUDAN BARIK
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 12-May-1982
تاريخ الميلاد
GENDER : Male
الجنس
CARD NBR : CGG4-GG4C-DCDE-4DEA
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, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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 : sorethroat, sneezing , watery eyes , ruuny nose started 07/03/25

associated with fever started 09/03/25

pain epigastric region

العراض المرضية

o/e :

febrile with temp 38

look lethargic pale

hyperemic pharynx

chest : congested

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
80061	Lipid Panel	Lab
80051	Electrolyte Panel	Lab
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :		Enter CONSULTATION FEES
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: 09/03/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد