



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	: SUBHASHANI HANSAMALI JOSEPHLAGÉ		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 28-Sep-2002	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: AGIJ-IJE2-C2CJ-GCDE	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, R05 - Cough, 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 FEVER BODY PAIN AND THROAT CONGESTION COUGH IS PRODUCTIVE OE CHEST IS CONGESTED THROAT IS HYPEREMIC																																							
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><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>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</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>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</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 Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																						
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																						
9	Consultation Gp	General Consultation																																						
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																						
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																						
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																						
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																						
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																						
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																						
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																						
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																						
86140	C-Reactive Protein	Lab																																						
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																						
النتائج السريرية																																								
REMARKS	: Enter Remarks																																							
الملاحظات																																								

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

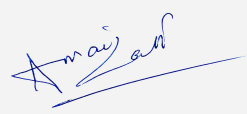
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 12/03/2025

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

