



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	:	VINOD SINGH GOVIND SINGH			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	30-May-1998	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	IGG4-GG4C-DCD9-2DEA	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, R05 - Cough, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, 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)

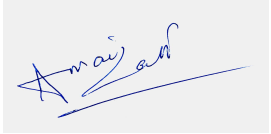
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
		PC : SORETHROAT , SNEEZING , COUGH WHICH IS DRY
		LOW GRADE FEVER STARTED 19/03/25
العراض المرضية		O/E : LOOK PALE ,LETHARGIC
		HYPEREMIC PHARYNX
		CHEST CONGESTED

CLINICAL FINDINGS :			
	CPT Code	Treatment	Type
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
النتائج السريرية	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy

REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

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		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 20/03/2025
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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	