



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: INAYAT LIYAKAT KUMBHARLIKAR		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 05-Sep-1987	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 61NL-3NMM-VMV6-MVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة

حادثة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough

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

c : sore throat cough with sputum , bodypain , joint pain , nasal congestion, high grade fever started 25/03/25

o/e

pharynx have white patches

looks pale

lethargic

dehydrated

blood culture is requested

raised crp

high grade fever not resolving despite of antibiotix

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	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
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation

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 : 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: 28/03/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد