



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

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

DIAGNOSIS	: J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R07.0 - Pain in throat, 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 والحالات المتعلقة بالمومة)																																					
SYMPTOMS	: Complaint																																				
العرض المرضية	productive cough with yellow sputum sore throat headache,body pain,low back pain, runny nose with nasal congestion looks lethargic and dehydrated o/e hyperemia and chest congestion																																				
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</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>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAZONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</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	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																			
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																			
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																			
9	Consultation Gp	General Consultation																																			
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																			
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																			
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																			
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy																																			
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																			
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																			
86140	C-Reactive Protein	Lab																																			
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																			
REMARKS	: Enter Remarks																																				
الملحظات																																					

TREATING PHYSICIAN	: Humaira		
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

Humaira

Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 05/04/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

