CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة

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

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

DIAGNOSIS التشخيص : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R07.0 - Pain in throat, E86.0 - Dehydration

AETIOLOGY لمسببات المرضية : *Enter Aetiology*

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

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

SYMPTOMS العراض المرضية :

Complaint
productive cough with yellow sputum
sore throat
headache,body pain,low back pain,
runny nose with nasal congesion
looks lethargic and dehydrated
o/e hyperemia and chest congesion

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

CPT Code	Treatment	Type
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
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	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج : Humaira

HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS نوع الستشارة : ○ **New** جديد ○ **Follow Up** المتابعة **CONSULTATION FEES :** رسوم الستشارة *Enter CONSULTATION FEES*

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد