



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	:	ROHIT KUMAR RAJ KUMAR		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	02-Sep-1986	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	77AA-723F-EF9C-7FAD	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

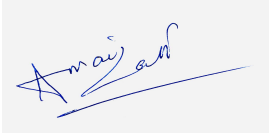
CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, 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 PC : SORE THRAOT , COUGH , BODYPAIN , SEVERE HAEDAACHE , HIGH GRADE FEVER O/E : SEVERE HYPEREMIC PHARYNX CHEST IS CONGESTED																																							
العراض المرضية																																									
CLINICAL FINDINGS :		<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/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>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</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 Difrntrl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	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	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																							
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																							
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																																							
86140	C-Reactive Protein	Lab																																							
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																																							
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																							
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																							
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																							
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																							
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																							
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																							
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
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: 05/04/2025
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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	