



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 : RIDMA IRESHIKA SITHUMINI PEIRIS WARNAKULASURIYA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 29-Jul-2000
تاريخ الميلاد
GENDER : Female
الجنس
CARD NBR : GECC-1A4C-DCD1-IDEA
رقم البطاقة
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R05 - Cough, R09.81 - Nasal congestion, R50.9 - Fever, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY : exact duration on set 04-04-2025

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

productive cough

pain in throat

fever

headache

body ache

runny nose

sneezing

nasal congestion

o/e hyperemia and chest congestion

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab

النتائج السريرية

REMARKS :	CPT Code	Treatment	Type
الملحظات	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : Humaira			
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

توقيع وختم الطبيب

Humaira Mumtaz

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

DATE: 06/04/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

