



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	GENDER : Female
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: GECC-1A4C-DCD1-IDEA	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين

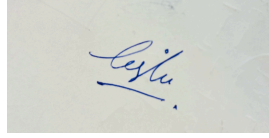
CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة	حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

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																					
الاعراض المرضية	patient came for follow up as compare to yesterday patient is better but still having fever and body weakness dehydration crp is high																					
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>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</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>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																				
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																				
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																				
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																				
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																				
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																				
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																				
REMARKS	: Enter Remarks																					
الملحظات																						

TREATING PHYSICIAN	: AISHA	
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 و ختم الطبيب



Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 07/04/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

