



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 - نوصفك الطبية - نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرافقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	PRAGATI ANIL KUMAR		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	22-Jun-1999	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	G4AI-9G4C-DCD2-GDEA	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R52 - Pain, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, 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 و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

Complaint

pc : severe bodypain , lethargy ,

low grade , fever started 10/04/25

الاعراض المرضية

o/e : look lethargic , pale 'dehydrated

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy

النتائج السريرية

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

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. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 9848553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 13/04/2025

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 ، افوض 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 التفويل تعتبر كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

