



## 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 مرفقا مع هذا النموذج

## PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

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

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               |
| 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 Difrn'l 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             |
| 0439-152905-1001 | LACTATED RINGERS INJECTION USP                   | Pharmacy             |

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS :

نوع الاستشارة

☐ New☐ Follow Up

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Dr. Amaizah Ishtiaq  
General Practitioner  
DHA: 98486553-001  
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 ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE  
توقيع المستفيد

