



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	:	KHIN YADANAR SOE			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	15-May-2002	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	JFFG-28E2-C2C8-FCDE	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, R07.0 - Pain in throat, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, R53.83 - Other fatigue		
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		
العرض المرضية		pt came with generalize severe body pain along with fever and throat pain for one day oe throat is mild hyperemic chest is clear		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		2190-106618-1001	Parafusiv [- -]	Pharmacy
		0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy
		0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملاحظات				

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

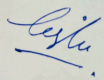
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 28/04/2025

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

