



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	:	EL THAZIN AYE LWIN			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	22-Sep-2002	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	N6MH-223F-LFLN-3LED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

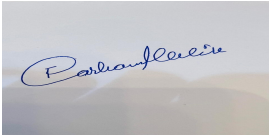
CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R03.1 - Nonspecific low blood-pressure reading, R53.1 - Weakness, R09.81 - Nasal congestion, M54.5 - Low back pain																																				
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 dry cough runny nose headache and body aches low back pain very low blood pressure sore throat o/e chest congestion																																				
العراض المرضية																																						
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																				
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																				
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																				
9	Consultation Gp	General Consultation																																				
86140	C-Reactive Protein	Lab																																				
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																																				
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																				
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																				
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																				
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																				
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																				
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																				
النتائج السريرية																																						

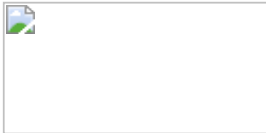
REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات :	

TREATING PHYSICIAN :	Dr.Farhan Iyas
الطبيب المعالج :	
HOSPITAL /CLINIC :	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة :	
CONSULTATION DETAILS :	☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة :	جديد المتابعة رسوم الاستشارة
	Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr .Frahan Ilyas Malik Physician-General Practitioner DHA-06441782-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI U.A.E	DATE: 29/04/2025
توقيع و ختم الطبيب			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	