



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 : PRAGATI ANIL KUMAR

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 22-Jun-1999

تاريخ الميلاد

CARD NBR : G4AI-9G4C-DCD2-GDEA

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R06.2 - Wheezing, R05 - Cough, R52 - Pain, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, E86.0 - Dehydration, R63.0 - Anorexia, R11.0 - Nausea

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 SORE THROAT , BODYPAIN WHICH IS 8 ON PAIN SCALE ,HIGH GRADE FEVER STARTED 29/04/25
FEVER 39.4

O/E :

LOOK IEEITABLE DUE TO HIGH GRADE FEVER

HYPEREMIC PHARYNX

TONSILS ARW SWOLLEN WITH PUS POINTS

العراض المرضية

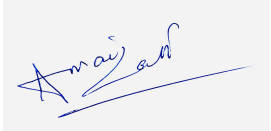
CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
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
87400	Iaad Eia Influenza A/B Each	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملاحظات	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	06264	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
Enter Remarks			
TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah			
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up			
نوع الاستشارة			
CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES			
رسوم الاستشارة			

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع وختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 01/05/2025
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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

