



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

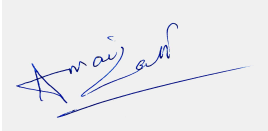
PATIENT NAME	:	PRAGATI ANIL KUMAR		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	22-Jun-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	G4AI-9G4C-DCD2-GDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	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		
العراض المرضية		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		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية		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

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملحظات	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	06364	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

