



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	:	REKHA RAJ KUMAR		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	12-Apr-1998	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	6P3N-R5LM-VMVP-MVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, M62.81 - Muscle weakness (generalized), J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified
-----------	---	--

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 , LETHRAGY , AND UNABLE TO GET OUT FROM BED ASSOCITED WITH LOW GRADE FEVER AND SORE THROAT STARTED 30/04/25
العراض المرضية		O/E
		LOOK PALE , LETHARGIC
		HYPEREMIC PHARYNX
		UVUIVA SWOLLEN AND ENLARGED

CLINICAL FINDINGS :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</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>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																													
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																													
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																													
9	Consultation Gp	General Consultation																													
86140	C-Reactive Protein	Lab																													
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																													
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																													
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																													

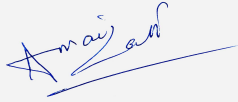
النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		☐ جديد ☐ المتابعة	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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

