



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	: SAUMYA DHARSHANI HERATH		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 30-Mar-1995	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EK8A-IFE2-C2C8-JCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, J01.41 - Acute recurrent pansinusitis, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R52 - Pain, unspecified, R06.2 - Wheezing

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 : BURNING SENSATION IN EYES AND NASAL MUCOSA , HEAVY HEAD WITH HEDACHE AND LOW GRADE FEVER ASSOCIATED WITH BODYPAIN

AND DISCOMFORT NASAL CONGESTION , AND SINUS CONGESTION

HX OF ASTHMA

O/E : HYPEREMIC PHARYNX

TONSILL ARE SWOLN

WHEEZING

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85027	Blood Count Complete Automated	Lab
النتائج السريرية	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة : جديد المتابعة

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: 02/05/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

