



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	:	J21.9 - Acute bronchiolitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, 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		
العراض المرضية		PT CAME FOR FOLLOW UP STILL HAVING SEVER COUGH WITH CHEST TIGHTNESS CRP I HIGH 1ST DOSE OF ANTIBIOTIC GIVEN WITH NEBULIZATION		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		94644	Continuous Inhalation Treatment 1St Hr	Co.Pay
		96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy
		0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملاحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	AISHA
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 05/05/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

