



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	:	PIYADA SUKPARKARN		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	17-Apr-2001	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	KIG1-8AF2-C2CK-ICDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R05 - Cough, R51.9 - Headache, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, 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 high grade fever since 2 days pain in throat since 3 days headache body pain dry cough crp is high																					
العرض المرضية																							
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>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</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>CEFTRIAZONE-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	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-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																					
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																					
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																					
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																					
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy																					
النتائج السريرية																							
REMARKS	:	Enter Remarks																					
الملحظات																							

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

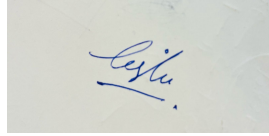
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 06/05/2025

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

