



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: SAUNVIR SING KALICHARAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Nov-1995	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 2RGG-2G4C-DCDI-GDEA	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, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, E86.0 - Dehydration, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, 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 : bodypain , sore throat , fever , hedache , and runny nose and slight cough strated 05/05/25
	oral intake is reduced need iv hydration
	took panadol only not improved
العراض المرضية	
	o/e : look lethargic , dehydrated
	hyperemic pharynx
	chest congested

CLINICAL FINDINGS	: CPT Code Treatment Type
	96375 Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug Co.Pay
	96365 Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr Co.Pay
	9 Consultation Gp General Consultation
	96361 Iv Infusion Hydration Each Additional Hour Co.Pay
	96372 Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im Co.Pay
	0188-135906-2441 PULMICORT Pharmacy
	94640 Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment Co.Pay
	0102-152902-1001 LACTATED RINGERS INJECTION USP Pharmacy
	86140 C-Reactive Protein Lab
	85025 Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count Lab
	0005-149902-1021 CLOFEN Pharmacy
	2190-106618-1001 PARAFUSIV I.V. 10MG/ML Pharmacy
	0195-107704-0801 CEFTRIAXONE-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	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Amaizah

Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 07/05/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

