



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 : MOJAMMED SAQID MODAK IQBAL MAHMOOD MODAK
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 01-Aug-1999 GENDER : Male
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : NKK6-KH3F-LFLM-KLED PAYER : NAS VN
 رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, E86.0 - Dehydration, R09.81 - Nasal congestion

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

pt came with high grade fever with chills along with body pain nasal congestion and throat pain started since yesterday 24/5/25

العراض المرضية

he alos has productive cough

oe throat is hyperemic

chest is congested

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
94644	Continuous Inhalation Treatment 1St Hr	Co.Pay
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0681-309101-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

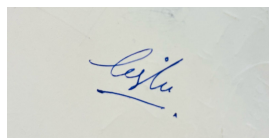
TREATING PHYSICIAN : AISHA
الطبيب المعالج

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 وختم الطبيب



DATE: 25/05/2025

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

