



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	:	latha tippana varaprasad			
اسم المريض	:				
DATE OF BIRTH	:	28-Aug-1988	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد	:		الجنس	:	
CARD NBR	:	1AKJ-JJ12-C2CG-ICDE	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, R03.1 - Nonspecific low blood-pressure reading, E86.0 - Dehydration, R50.9 - Fever, 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

العراض المرضية

shivering , rhinitis , runny nose , slight cough and high grade fever started 06/05/25
took oral meds not improved needs iv treatment
O/E :
look irritable , due to high grade fever
dehydrated oral intake is reduced
HYPEREMIC PHARYNX
TONSILS ARE SWOLLEN
CHEST CONGESTED

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
N37-0865-01079-01	CEFTRIAXONE-TABUK	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	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 :
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

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: 07/06/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

