



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	: MANNU KUSHWAHA PURAN KUSHWAHA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 16-Oct-1985	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EA2G-GFE2-C2CK-ECDE	PAYER	: NAS - SR
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : R79.82 - Elevated C-reactive protein (CRP), R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R51.9 - Headache
J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, B54 - Unspecified malaria

التشخيص

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
	presenting complain: came with fever and cold associated cough, sore throat, weakness, severe bo since 2 days.
	complaining of cold with shivering
	on investigation:
	CRP is elevated
	KNOW HYPOTHYROIDISM
	KNOWN VITAMIN D DEFICIENCY
	KNOWN VARICOCELE

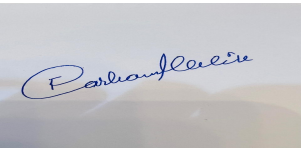
العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>86750</td><td>Antibody Plasmodium Malaria</td><td>Lab</td></tr><tr><td>87075</td><td>Culture Bacterial Any Source Anaerobic Iso&Id</td><td>Lab</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Cons</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	86750	Antibody Plasmodium Malaria	Lab	87075	Culture Bacterial Any Source Anaerobic Iso&Id	Lab	9	Consultation Gp	General Cons
CPT Code	Treatment	Type												
86750	Antibody Plasmodium Malaria	Lab												
87075	Culture Bacterial Any Source Anaerobic Iso&Id	Lab												
9	Consultation Gp	General Cons												

النتائج السريرية

REMARKS :	CPT Code	Treatment	Type
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
	06265	IV Infusion Therapy/Prephylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co Pay
الملحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN	:	Dr.Farhan Iyas
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :		رسوم الاستشارة
		Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr .Farhan Ilyas Malik Physician-General Practitioner DHA-06441782-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI U.A.E	DATE: 25
توقيع و ختم الطبيب			التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

فوض 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
ة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	