



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	:	EL THAZIN AYE LWIN			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	22-Sep-2002	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	N6MH-223F-LFLN-3LED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, J30.89 - Other allergic rhinitis, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, E86.0 - Dehydration		
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		
العرض المرضية		PC: FEVER ,SNEEZING HOPC : PT CAME WITH THE COMPLSIN OF FEVER RUNNY NOSE AND BODY STARTED THIS MORNING O/E SHE LOOK PALE AND DEHYDRATED ALLERGIES : DUST AND FOREIGN PARTICLE PMH : NONE		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy
		0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
		0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		82785	Gammaglobulin Ige	Lab
		86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS :	CPT Code	Treatment	Type
الملحظات	Enter Remarks		
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

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

DATE: 03/07/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليبه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد