



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	:	SAUMYA DHARSHANI HERATH	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	30-Mar-1995	GENDER : F
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	EK8A-IFE2-C2C8-JCDE	PAYER : N
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, J45.991 - Cough variant asthma, R06.2 - Wheezing, J30.89 - Other allergic rhinitis, E86.0 - Dehydration, R30.0 - Dysuria, 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
		PC : SNEEZING ,COUGH ,LOW BACK PAIN
		HOPC ; PT CAME WITH RUNNU NOSE ALONG WITH PRODUCTIVE COUGH STARTED THREE DAYS BACK CONTINUOUS SNEEZING AND HAVING LOW BACK PAIN ALSO
		O/E CHEST IS CONGESTED
		THROAT IS MILD HYPEREMIC
		SHE IS AKNOWN CASE OF ASTHMA

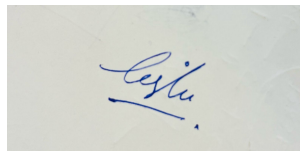
CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmaceutical
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmaceutical
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmaceutical
	0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmaceutical
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmaceutical
	81001	Urnl's Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN	:	AISHA
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up 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: 11

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالأصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

