



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	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	EK8A-IFE2-C2C8-JCDE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R06.2 - Wheezing, R06.7 - Sneezing, J30.89 - Other allergic rhinitis, E86.0 - Dehydration, R30.0 - Dysuria, R50.9 - Fever, unspecified, J21.9 - Acute bronchiolitis, unspecified

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
العرض المرضية		PC : SNEEZING ,COUGH ,LOW BACK PAIN HOPC ; PT CAME WITH RUNNU NOSE ALONG WITH PRODUCTIVE COUGH STARTED THREE DAYS BACK ,SHE HAS CONTINUOUS SNEEZING AND HAVING LOW BACK PAIN ALSO O/E CHEST IS CONGESTED THROAT IS MILD HYPEREMIC SHE IS AKOWN CASE OF ASTHMA

CLINICAL FINDINGS :

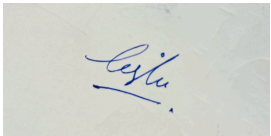
CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy

النتائج السريرية

النتائج السريرية

REMARKS الملاحظات	CPT Code	Treatment	Type
	81001	Urnl's Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
REMARKS :	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		Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 11/07/2025
توقيع وختم الطبيب			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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	