



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 : JAYAMMA GOPALAPPA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 04-Apr-2002

تاريخ الميلاد

CARD NBR : EG4A-EA4C-DCD1-EDEA

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, 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

العراض المرضية

pc :high grade fever , allergic rhinitis

hopc : pt came with high grade fever along with runny nose and cough started two days back

throat is clear chest is congested

allergies : none

pmh : none

FOLLOW UP

CRP HIGH 39.2

STILL HAVING FEVER

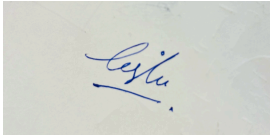
CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

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 كالصلييه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	