



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	:	SUMANPREET KAUR	
اسم المريض	:		
DATE OF BIRTH	:	09-Oct-2006	GENDER : Female
تاريخ الميلاد	:		الجنس
CARD NBR	:	H3M6-EJ3F-LFLN-MLED	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, 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 fever,running nose,cough ,SORETHROAT HOPC pt complaints of bodypain,headache,cough,running nose since 5 days Her child had the same symptoms Nil comorbs No history of drug allergy O\E tonsils edematous and pustules present Chest clear																								
العرض المرضية	:																									
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0437-122107-1021</td><td>Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy	0195-107704-0801	Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																								
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																								
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																								
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																								
9	Consultation Gp	General Consultation																								
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																								
0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy																								
0195-107704-0801	Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy																								
النتائج السريرية	:																									
REMARKS	:	Enter Remarks																								
الملاحظات	:																									

TREATING PHYSICIAN	:	KEERTHANA	
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 و ختم الطبيب



د. كيرثانا راني باديبورايل ثارا
Dr. Keerthana Rani Padippurayil Thara
General Practitioner
License No.: 37864046-001
مركز سيتيكير الطبي د م م
CITICARE MEDICAL CENTER LLC

DATE: 15/07/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

