



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	: RAHMAN GHANI ABDUL QATAR		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jan-1990	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EC22-II4C-DCD9-4DEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: R50.9 - Fever, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R05 - Cough, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding																											
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,headache,running nose,cough,sorethroat HOPC Pt presented with complaints of fever,headache,running nose,cough since 4 days O\E Chest clear TONSILS ERYTHEMATOUS No history of drug allergy																											
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</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>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>85027</td><td>Blood Count Complete Automated</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	86140	C-Reactive Protein	Lab	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	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	85027	Blood Count Complete Automated	Lab	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																										
86140	C-Reactive Protein	Lab																										
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																										
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																										
85027	Blood Count Complete Automated	Lab																										
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																										
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																										
النتائج السريرية																												
REMARKS	: Enter Remarks																											
الملحظات																												

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 وختم الطبيب



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

DATE: 16/07/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

