



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	: SAJEEVAN CHAUHAN BAKELAL CHAUHAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jan-1998	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: I12K-E1E2-C2CI-1CDE	PAYER	: NAS - SR
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, R52 - Pain, unspecified, R30.0 - Dysuria, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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
	pc high grade fever
	hopc : pt came with high grade fever along with throat pain and sever body pain started one day before
	he is unable to swallow any liquid
العراض المرضية	o/e tonsils are hypertrophied
	chest is clear
	allergies : none
	pmh : none

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Co
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS

:

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

: AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION

نوع الاستشارة

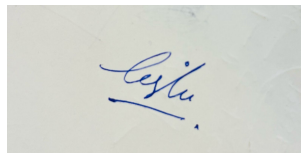
جديد

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: 18

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. إية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

