



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 : SHARRYL TWINKLE GOMES VINCENT SADHAN GOMES
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 27-Sep-2000
 تاريخ الميلاد
 CARD NBR : 2JAG-18E2-C2C1-ECDE
 رقم البطاقة
 GENDER : Female
 الجنس
 PAYER : NAS VN
 شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, E86.0 - Dehydration, R50.9 - Fever, unspecified, R06.2 - Wheezing, R52 - Pain, 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 : high grade fever

hopc : pt came with the complain high grade fever with runny nose and cough and body pain .

started one day back

o/e chest is congested

throat is hyperemic

العراض المرضية

allergies none

pmh : none

today follow up

fever still high

cough

chest is congested

CLINICAL FINDINGS :

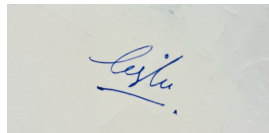
CPT Code	Treatment	Type
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay

النتائج السريرية

REMARKS :	CPT Code	Treatment	Type
الملحظات	Enter Remarks		armacy
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

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Aisha Umer
 Physician- General Practitioner
 DHA- 40131439-002
 CITICARE MEDICAL CENTER
 DUBAI - U.A.E

DATE: 20/07/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

