



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: DINESH KRISHANTHA DEYALAGE DON		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 24-Feb-1983	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 92CA-3A2F-EF95-2FAD	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, H10.12 - Acute atopic conjunctivitis, left eye, R53.1 - Weakness, E86.0 - Dehydration, R30.0 - Dysuria

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
الاعراض المرضية	pc : left eye irritation ,throat pain hopc : patient came with gen weakness along with fever throat irritaion and left eye redness started yesterday morning o/e eye is red with whitish substance coming out throat is hyperemic allergies none pmh : none

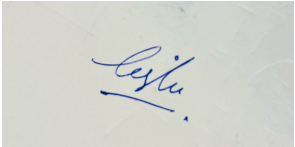
CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	68810	Probe Nasolacrimal Duct W/Wo Irrigation	Co.Pay
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	81007	Urinalysis Bacteriuria Scr Xcpt Culture/Dipstick	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : AISHA الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : 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: 22/07/2025
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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

