



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	: SHABODIN ABABULGU ABALULESA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 29-Nov-1987	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: FHFE-KN3F-LFLM-MLED	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة

حادّة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, L74.3 - Miliaria, unspecified, L29.8 - Other pruritus, R30.0 - Dysuria, K29.60 - Other gastritis without bleeding, R52 - Pain, unspecified, R22.43 - Localized swelling, mass and lump, lower limb, bilateral

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

العراض المرضية

PC Itching over right upper back,shoulder

HOPC pt presented with complaints of itching over upper back since 7 days

O\E heat rashes present

URE pus cells plenty

leg edema subsiding

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	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 و ختم الطبيب



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

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

