



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	: BINU KARUNAKARAN PILLAI SURYAPRABHA KARUNAKARANPILLAI	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 15-Feb-1984	GENDER : Male
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: 6LNM-N6LM-VMVN-3VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R07.0 - Pain in throat, R05 - Cough, R51.9 - Headache, unspecified, K29.60 - Other 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
PC cough,throat pain,headache,yellow sputum
HOPC pt presented with complaints of throat pain that started yesterday.He has cough since one week with yellow sputum ASSOCIATED HOARSENESS OF VOICE AND DIFFICULTY SWALLOWING
No history of drug allergy
K\C\O hypertension
O\E tonsils EDEMATOUS
CHEST CLEAR

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1st Sbst/Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

النتائج السريرية

REMARKS

: Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN	:	KEERTHANA	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

