# 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**<br>اسم المريض | : | DINESH KRISHANTHA DEYALAGE DON | | | |
| **DATE OF BIRTH**<br>تاريخ الميلد | : | 24-Feb-1983 | **GENDER**<br>الجنس | : | Male |
| **CARD NBR**<br>رقم البطاقة | : | 92CA-3A2F-EF95-2FAD | **PAYER**<br>شركة التأمين | : | NAS - SRN WN |

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

**DIAGNOSIS** التشخيص : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, E86.0 - Dehydration, R50.9 - Fever, unspecified, R30.0 - Dysuria

**AETIOLOGY** لمسببات المرضية : *Enter Aetiology*

**(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)**

**(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالت المتعلقة بالمومة)**

**SYMPTOMS** العراض المرضية :

**Complaint**

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

follow up

crp high

pus cells in urine

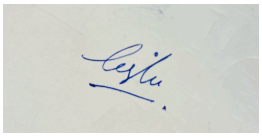
**CLINICAL FINDINGS** النتائج السريرية :

| CPT Code | Treatment | Type |
|---|---|---|
| 96361 | Iv Infusion Hydration Each Additional Hour | Co.Pay |
| 0384-111908-1001 | SODIUM CHLORIDE B.P. | Pharmacy |
| 96365 | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML | Pharmacy |
| 96375 | Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug | Co.Pay |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV | Pharmacy |

**REMARKS** الملحظات : *Enter Remarks*

**TREATING PHYSICIAN** الطبيب المعالج : AISHA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **HOSPITAL /CLINIC**<br>**المستشفى / العيادة** | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC | | | |
| **CONSULTATION DETAILS**<br>**نوع الستشارة** | : | ○ **New**<br>**جديد** | ○ **Follow Up**<br>**المتابعة** | **CONSULTATION FEES :**<br>**رسوم الستشارة** | *Enter CONSULTATION FEES* |



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

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**
**توقيع و ختم الطبيب**

**DATE:** 23/07/2025
**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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه**

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**
**توقيع المستفيد**