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

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

DIAGNOSIS التشخيص : J21.9 - Acute bronchiolitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing, E86.0 - Dehydration

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 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 HOARSENNS OF VOICE AND DIFFICULTY SWALLOWING
No history of drug allergy
K\C\O hypertension
O\E tONSILS EDEMATOUS
chest is congested

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

CPT Code	Treatment	Type
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy

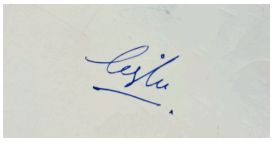
	CPT Code	Treatment	Type
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0195-107704-		

REMARKS : *Enter Remarks*
الملحظات

TREATING PHYSICIAN : AISHA
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ○ **New** ○ **Follow Up** **CONSULTATION FEES :** *Enter CONSULTATION FEES*
نوع الستشارة **جديد** **المتابعة** **رسوم الستشارة**



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: 25/07/2025
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