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	:	MUHAMMAD AAMAR NAWAZ GUL NAWAZ			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	22-May-1992	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	33NP-RRMM-VMVN-NVAE	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

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

DIAGNOSIS التشخيص : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R07.0 - Pain in throat, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, R05 - Cough, K29.60 - Other gastritis without bleeding, 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 sorethroat,running nose,cough,sweating,thick sputum
HOPC pt presented with complaints of headache,cough,sorethroat,running nose,heartburn since yesterday
No known drug allergy
Nil comorbs
O\E Chest clear
Throat hyperemia

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج : KEERTHANA

HOSPITAL /CLINIC **المستشفى / العيادة**	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
CONSULTATION DETAILS **نوع الستشارة**	:	◯ **New** **جديد**	◯ **Follow Up** **المتابعة**	**CONSULTATION FEES :** **رسوم الستشارة**	*Enter CONSULTATION FEES*

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع و ختم الطبيب

DATE: 27/07/2025
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