



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

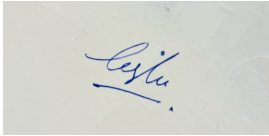
PATIENT NAME	: GULFRAZ KHAN MUHAMMAD AZAD KHAN	GENDER	: Male
اسم المريض		الجنس	
DATE OF BIRTH	: 22-May-1977	PAYER	: NAS VN
تاريخ الميلاد		شركة التأمين	
CARD NBR	: P5NL-3NMM-VMVR-5VAE		
رقم البطاقة			

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

DIAGNOSIS	: J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, J30.89 - Other allergic rhinitis																																										
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 : HIGH GRADE FEVER ,COUGH , RASHES AND ITCHITING HOPC : PT CAME WITH THE COMPLAIN OF HIGH GRADE FEVER ALONG WITH PRODUCTIVE COUGH AND ITCHING STARTED TWO DAYS BACK O/E CHEST IS CONGESTED PMH : ISCHEMIC HEART DISEASE																																										
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0384-111908-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																									
9	Consultation Gp	General Consultation																																									
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																									
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																									
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																									
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																									
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																																									
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																									
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																																									
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																									
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																									
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																									
86140	C-Reactive Protein	Lab																																									
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																									
النتائج السريرية																																											

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 الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 29/07/2025
توقيع وختم الطبيب			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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	