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	:	Sarfraz Nasar Nasruddin			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	01-Feb-1999	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	CEAI-9G4C-DCD4-GDEA	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

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

نوع الحالة

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, M54.5 - Low back pain, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R05 - Cough

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 الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

العراض المرضية

Complaint
PC fever,bodypain,backpain,cough
HOPC pt presented with complaints of fever,bodypain,backpain,loose motion -3 times from today.He has loose stools since 2 days
He had blood tinged mucus from nose and mouthone week back .It was only for one day
O\E CHEST CLEAR
Tonsils normal
No history of drug allergy

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0125-122107-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x50)]	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	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 ذم م
CITICARE MEDICAL CENTER LLC

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع و ختم الطبيب

DATE: 30/07/2025
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