



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	: VIJAY SAIRAM KUMAR MAREDI SURENDRA BABU MAREDI	GENDER	: Male
اسم المريض		الجنس	
DATE OF BIRTH	: 09-May-2003	PAYER	: NAS - SRN WN
تاريخ الميلاد		شركة التأمين	
CARD NBR	: 11J8-22F2-C2CI-ICDE		
رقم البطاقة			

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R30.0 - Dysuria, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R52 - Pain, unspecified, E86.0 - Dehydration, R06.2 - Wheezing

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

العرض المرضية

PC : FEVER ,RUNNY NOSE ,COUGH

HOPC : PT CAME WITH FEVER COUGH RUNNY NOSE ALONG WITH BODY PAIN STARTED TWO DAYS BACK

THROAT IS MILD HYPEREMIC

CHEST IS CLEAR

ALLERGIES : NONE

PMH : RENAL STONE

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
81005	Urinalysis Qual/Semiquant Except Immunoassays	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

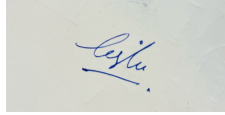
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 31/07/2025

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 العلاج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

