



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	:	ANANDA KOSGAMAGE		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	10-Oct-1977	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	3RPL-3NMM-VMVR-TVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, R09.81 - Nasal congestion, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified																											
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	:	<table><tr><td>Complaint</td></tr><tr><td>nasal blockage , alternating with runny nose , watery eyes , cough with sputums , chest tightness and difficulty in braething started 27/07/25</td></tr><tr><td>o/e : look irritable</td></tr><tr><td>congested nasal mucosa</td></tr><tr><td>chest wheezing</td></tr></table>	Complaint	nasal blockage , alternating with runny nose , watery eyes , cough with sputums , chest tightness and difficulty in braething started 27/07/25	o/e : look irritable	congested nasal mucosa	chest wheezing																						
Complaint																													
nasal blockage , alternating with runny nose , watery eyes , cough with sputums , chest tightness and difficulty in braething started 27/07/25																													
o/e : look irritable																													
congested nasal mucosa																													
chest wheezing																													
العراض المرضية																													
CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</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><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>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																											
9	Consultation Gp	General Consultation																											
86140	C-Reactive Protein	Lab																											
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																											
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																											
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																											
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																											
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																											
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																											
النتائج السريرية																													
REMARKS	:	Enter Remarks																											
الملاحظات																													

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

: ☐ New ☐ Follow Up

جديد

المتابعة

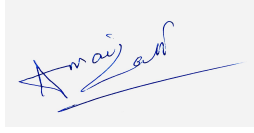
CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 02/08/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

