



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	: ARJUN MOHAN MOHANAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 05-Oct-1997	GENDER	: M
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EA11-12E2-C2CE-JCDE	PAYER	: N
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, E86.0 - Dehydration, R06.0 - Wheezing, R07.0 - Pain in throat, 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)

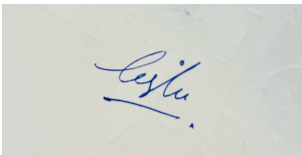
SYMPTOMS	:	Complaint
		pc : fever throat pain
		hopc : pt came with fever along with cough throat irritation runny nose and headache started yesterday
		o/e throat is hyperemic
		chest is clear
		past history of htn

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>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</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>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																								
9	Consultation Gp	General Consultation																								
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																								
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																								
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																								
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																								
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																								
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																								

النتائج السريرية

		CPT Code	Treatment	Type
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		80061	Lipid Panel	Lab
		86140	C-Reactive Protein	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
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: 05
توقيع و ختم الطبيب			التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

فوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و
ة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	