



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 : PAPPU NISHAD RADHESHYAM

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 01-Jan-1975

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 81F1-KGE2-C2C1-ECDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.0 - Dysuria, E79.0 - Hyperuricemia w/o signs of inflam arthrit and tophaceous dis, E86.0 - Dehydration, M54.5 - Low back pain, R50.9 - Fever, unspecified, M25.562 - Pain in left knee, R53.1 - Weakness, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified, R05 - Cough, J06.9 - Acute upper respiratory infection, 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 :

Complaint

pc : low back pain ,fever ,weakness

hopc : pt came with fever ,generalize body pain particularly knees and low back pain started one week back

o/e there is left knee swelling

pt is dehydrated

allergies none

pmh : none

العراض المرضية

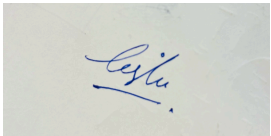
CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab
84550	Uric Acid Blood	Lab

النتائج السريرية

REMARKS الملاحظات	CPT Code	Treatment	Type
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
	Enter Remarks		

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: 08/08/2025
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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	