



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	: THISARA MADUSANKA ARACHCILAGE		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 11-Jan-2000	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 91G4-9RCC-DCD4-9DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.0 - Dysuria, E86.0 - Dehydration, M54.5 - Low back pain, R10.83 - Colic, R50.9 - Fever, 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 and difficulty in passing urine hopc : pt came with the complain of mild fever, low back pain lumber region along with difficulty in passing urine started two days back he is unable walk properly or sit he also lifted a heavy object o/e he look dehydrated and there is tenderness on left side ' allergies : none pmh : none																																				
العرض المرضية																																					
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>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0384-111908-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>81000</td><td>Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy</td><td>Lab</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 Diffrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																			
9	Consultation Gp	General Consultation																																			
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																			
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																			
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																			
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																																			
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																																			
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																			
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																			
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab																																			
86140	C-Reactive Protein	Lab																																			
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab																																			
النتائج السريرية																																					

REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			
TREATING PHYSICIAN :	AISHA		
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC :	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS :	☐ New	☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة	جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

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

DATE: 08/08/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليته

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد