



## 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 : KULDIP SINGH LAKHA SINGH

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 01-Jan-1982

تاريخ الميلاد

CARD NBR : LRML-3NMM-VMV1-3VAE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, R06.2 - Wheezing, E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, M54.5 - Low back pain, 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 : Complaint

العراض المرضية

chief complain : fever , throat pain , runny nose, headache, myalgia.

associated symptoms: pt came with the complain of fever ,throat pain along with fever body pain and runny nose started today morning

o/e thraot is mild hyperemic ,chest is clear and there is white greyish layer over tonsills.

pain scale: 8

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                       | Type     |
|------------------|-------------------------------------------------|----------|
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay   |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                          | Pharmacy |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im   | Co.Pay   |
| 0188-135906-2441 | PULMICORT                                       | Pharmacy |
| 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment | Co.Pay   |
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                  | Pharmacy |
| 0005-111805-1021 | CHLOROHISTOL 10MG                               | Pharmacy |

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 و ختم الطبيب

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

DATE: 09/08/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد