



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 : WAQAR AHMAD MUNAWAR KHAN

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 01-Jan-1999

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 32HJ-323F-LFL2-JLED

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 : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R52 - Pain, unspecified, E86.0 - Dehydration, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, R07.0 - Pain in throat, R30.0 - Dysuria

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 cough , and body pain

hopc ; ' pt came with the complain of fever , throat pain along with generalize weakness and cough started yesterday

العراض المرضية

o/e throat is hyperemic

chest is clear

allergies ; none

pmh : none

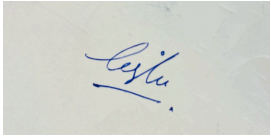
CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
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
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
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 : 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: 22/08/2025
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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلييه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	