



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

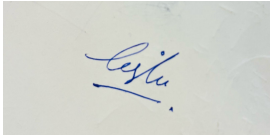
PATIENT NAME	: WAQAR AHMAD MUNAWAR KHAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jan-1999	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 32HJ-323F-LFL2-JLED	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J20.9 - Acute bronchitis, 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																																				
العرض المرضية	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 o/e throat is hyperemic chest is clear allergies ; none pmh : none																																				
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>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 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><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	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
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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	