



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	: MOHAMMAD HILAL MOHAMMAD IQBAL		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 27-Jul-2001	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: TMNL-3NMM-VMVM-5VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J45.991 - Cough variant asthma, R06.2 - Wheezing, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J01.41 - Acute recurrent pansinusitis, R06.02 - Shortness of breath
-----------	---

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 : COUGH WITH SPUTUM sneezing ,nasal congestion , LOW GRADE FEVER 20/03/25 associated with fever sudden onset headache , bodypain 20/08/25 shortness of breath started 20/08/25 trouble breathing for many months no other medical conditions family hx of asthma (mother) no known allergies bp is elevated , o/e ; hyperemic pharynx chest : BOTH INSPIRATORY AND EXPIRATORY wheezing
----------	--

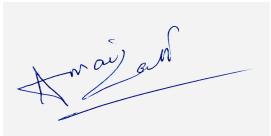
العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>86005</td><td>Allergen Specific Ige Qual Multiallergen Screen</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><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	86005	Allergen Specific Ige Qual Multiallergen Screen	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																				
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																				
9	Consultation Gp	General Consultation																				
86005	Allergen Specific Ige Qual Multiallergen Screen	Lab																				
86140	C-Reactive Protein	Lab																				
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab																				
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																				

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP توقيع وختم الطبيب	 	DATE: 23/08/2025 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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE توقيع المستفيد	
---	---