



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	:	LAHIRU DURAGE		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	18-Mar-1993	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	K2HJ-2N3F-LFL2-2LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, M79.10 - Myalgia, unspecified site, R50.9 - Fever, unspecified, J30.89 - Other allergic rhinitis

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,bodypain,rhinitis

HOPC pt presents with complaints of fever,bodypain,rhinitis since days not associated with vomiting\loose stools\abdominal discomfort

He have been continously using otrivin nasal drops since 3-4 months due to nasal congestion ?rhinitis medicomentosa

العراض المرضية

O\E CHEST CLEAR

Tonsils normal

Past history of allergy to panadol

Nil comorbs

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS :

Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN	:	KEERTHANA	
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 و ختم الطبيب



DATE: 25/08/2025

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

