



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	: LAMBODAR BARIK MADHUSUDAN BARIK		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 12-May-1982	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: CGG4-GG4C-DCDE-4DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R05 - Cough, M62.830 - Muscle spasm of back, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

التشخيص

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 :

العراض المرضية

co fever on and off prulant cough pain in throat back pain after doing exercise 6th august

oe

back side muscle strain enlarge and inflamed tonsills

chest is congested no added sounds

Complaint	
restless	
taken penadol at home	

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab

النتائج السريرية

REMARKS :

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira
الطبيب المعالج

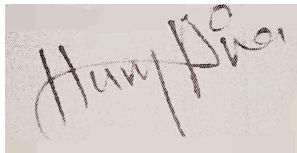
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up **CONSULTATION FEES :**

نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 09/08/2024

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

