



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

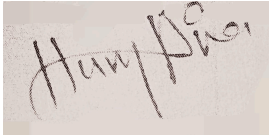
PATIENT NAME	: ARCHA SUBHASH MANE SUBHASH		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 18-Mar-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: C149-A24C-DCD9-EDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, B00.9 - Herpesviral infection, unspecified, R05 - Cough, K29.00 - Acute gastritis without bleeding																																							
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 CO ORAL AND LIPS BLISTER pain in throat dry cough 29th sep. 2024 oe redness in the mouth chest is clear no added sounds restless																																							
العرض المرضية																																								
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>86695</td><td>Antibody Herpes Smplx Type 1</td><td>Lab</td></tr><tr><td>86696</td><td>Antibody Herpes Smplx Type 2</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0384-207801-1002</td><td>LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</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 Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	86695	Antibody Herpes Smplx Type 1	Lab	86696	Antibody Herpes Smplx Type 2	Lab	0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																						
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																						
9	Consultation Gp	General Consultation																																						
86695	Antibody Herpes Smplx Type 1	Lab																																						
86696	Antibody Herpes Smplx Type 2	Lab																																						
0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy																																						
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																						
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																						
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																						
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																						
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																						
86140	C-Reactive Protein	Lab																																						
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																						
النتائج السريرية																																								

REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Humaira Mumtaz General Practitioner DHA No: 54155530-002 CITICARE MEDICAL CENTER LLC DUBAI - U.A.E.	DATE: 06/10/2024
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	