



## 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 : DANISH ALI  
اسم المريض  
DATE OF BIRTH : 05-Nov-1993 GENDER : Male  
تاريخ الميلاد الجنس  
CARD NBR : AIEE-J1E2-C2C1-8CDE 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, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.13 - Epigastric pain, K29.70 - Gastritis, unspecified, 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 fever high grade pain in stmoach watery diarrhea 5 episodes 4th july 2024

oe

severe epigastric pain

chest is clear no added sounds

restless

h/f taking food in a resturamnt

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

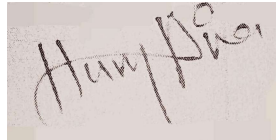
| CPT Code         | Treatment                                      | Type                 |
|------------------|------------------------------------------------|----------------------|
| 9                | Consultation Gp                                | General Consultation |
| 96367            | Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr | Co.Pay               |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                         | Pharmacy             |
| 96361            | Iv Infusion Hydration Each Additional Hour     | Co.Pay               |
| 0102-100104-1001 | SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.                | Pharmacy             |
| 96375            | Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug    | Co.Pay               |

| النتائج السريرية      | CPT Code         | Treatment                                                                      | Type     |
|-----------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                       | 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr                                | Co.Pay   |
|                       | 0005-136504-1021 | SCOPINAL                                                                       | Pharmacy |
|                       | 0002-116601-1001 | Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)] | Pharmacy |
|                       | 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                                                           | Pharmacy |
|                       | 85652            | Sedimentation Rate Rbc Automated                                               | Lab      |
|                       | 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count                              | Lab      |
|                       | 86140            | C-Reactive Protein                                                             | Lab      |
| REMARKS :<br>الملحظات | Enter Remarks    |                                                                                |          |

|                      |                                                             |                     |                         |
|----------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : Humaira                                                   |                     |                         |
| الطبيب المعالج       |                                                             |                     |                         |
| HOSPITAL /CLINIC     | : CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                     |                         |
| المستشفى / العيادة   |                                                             |                     |                         |
| CONSULTATION DETAILS | : <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES : | Enter 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: 10/07/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالتصليح

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

