



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	: EDITH BATERBONIA FRIAS	اسم المريض	
DATE OF BIRTH	: 05-Oct-1976	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 2CG9-4G4C-DCD4-9DEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : N83.202 - Unspecified ovarian cyst, left side, O00.90 - Unspecified ectopic pregnancy without intrauterine pregnancy, R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified

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

Severe lower abdominal pain since this evening at 5pm (15/07/2024).
Pain is located in the left lower quadrant of the abdomen.
There is no fever, but temperature at presentation shows mild temperature of 37.5.
Pain is described as colicky, but there is no change in bowel habit and there is not vomiting but has nausea.
LMP was today (period started today).
She does not remember date of the previous month because her period has been irregular.
Had tubal ligation 13years ago on account of 3 C/S scar.

Abdominal examination: no abnormality detected.
Abdominopelvic USS is advised.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
C80-0709-02879-01	BUSCOPAN	Co.PAy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
84704	Gonadotropin Chorionic Hcg Free Beta Chain	Lab
81001	Urnlis Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck

الطبيب المعالج

HOSPITAL / CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

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

نوع الاستشارة



Dr. Enomen Goodluck Ekata
General Practitioner
DHA No: 28040827-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

DATE: 15/07/2024

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 ، افوض 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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

