



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 : EZEKIEL KIGONGO MBUTULE

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 05-Oct-2000

تاريخ الميلاد

CARD NBR : P66R-MTLM-VMV6-TVAE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, R11.10 - Vomiting, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, E86.0 - Dehydration, 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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

co fever on and off vomitting 7 episdes diarrhea 3 episodes 16th july 2024

oe

epigastric pain on touch

chest is clear no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay

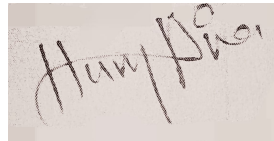
النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
REMARKS : الملحظات :	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 19/07/2024

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

