



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	: NIMESHA MALSHANI JAYASEKARA JAYASEKARA VITHANAGE	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 30-Apr-1994	GENDER : Female
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: 12EC-CRCC-DCDG-EDEA	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, R11.10 - Vomiting, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified

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 on and off headache vomitting 4 times diarrhea 3 times 18th july 2024

oe

abdomen is soft

chest is clear no added sounds

restless eating chicken from some hotel

taking tablet penadol at home

thalesemia minor

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Humaira

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

DATE: 21/07/2024

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. اية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

