



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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 : SADIA BUTT TARIQ NAZIR BUTT

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 15-Dec-1999

تاريخ الميلاد

CARD NBR : GAA1-11E2-C2CF-2CDE

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.0 - Nausea, R19.7 - Diarrhea, unspecified, E86.0 - Dehydration, R10.13 - Epigastric pain

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

PC: PAIN DUE TO HEAVY PERIODS STARTED Y TODAY

ASLO HAVE EPIGASTRIC PAIN

NAUSEA

DIARRHEA

CLINICAL FINDINGS :

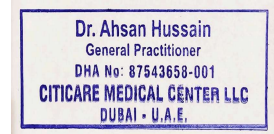
CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	AHSAN HUSSAIN		
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

DATE: 19/10/2024

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

