



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	:	ERICA GANZAN PERPETUA			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	29-Oct-1995	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	KFG1-I2E2-C2CI-ECDE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, K85.90 - Acute pancreatitis without necrosis or infection, unsp, R10.13 - Epigastric pain, 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
	PC: Severe upper abdominal pain.
	Said to have began after eating some rice with soup
	Has previous history of similar presentations and has previously been managed in another clinic for acute gastritis.
	Has associated nausea but has not vomited
	Currently on 20mg bid omeprazole but no respite.
	There is no fever

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
83690	Lipase	Lab
82150	Amylase	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

النتائج السريرية

REMARKS :

Enter Remarks

الملحظات

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

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

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

DATE: 03/11/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد