



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 : AGNES SUGIHTA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 06-Aug-1992 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : KK1K-FEE2-C2CE-FCDE 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, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration

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: vomiting 2 days today 3 times vomit
loose stools frequency 5 to 6 times till morning
epigastric pain
nausea
fever
dehydration

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
9	Consultation Gp	General Consultation
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	0002-116601-	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids	Pharmacy
REMARKS : الملحظات	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: 12/11/2024

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

