



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	: KAMEL ISA JASIM ABDULLA ALASWAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 25-Jul-1964	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 7997-1C1E-4ED7-AEDD	PAYER	: NAS - EN CN GN
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, R19.7 - Diarrhea, unspecified, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, E86.0 - Dehydration

التشخيص

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
الاعراض المرضية	pc: fever 1 day 15/11/2024 loose stools 15/11/2024 nausea with vomiting cough

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
	82248	Bilirubin Direct	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	9	Consultation Gp	General Consultation
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difmtl Wbc Count	Lab
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب




DATE: 16/11/2024

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

