



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	: VALENTINA BARBON RODRIGUEZ		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 29-Dec-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: G1KI-GAE2-C2C8-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, R10.13 - Epigastric pain, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, R50.9 - Fever, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified

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
العراض المرضية	PC: DIARRHEA FREQUENCY 5 TIMES SINCE MORNING 23/11/2024 VOMITING NAUSEA FEVER DEHYDRATION

CLINICAL FINDINGS :	<table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>96367</td> <td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>0005-136504-1021</td> <td>SCOPINAL</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-174202-0781</td> <td>RISEK 40MG</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-150403-1021</td> <td>Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																																
9	Consultation Gp	General Consultation																																
86140	C-Reactive Protein	Lab																																
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																																
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																																
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy																																
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS :	0121-116601	Motricidazole (Gastric Acid Infusion) 5mg/ml 100.00 Lique	
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 FEES
نوع الاستشارة	جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 23/11/2024

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

