



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: AMIR LATIF MUHAMMAD JAVID		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Oct-1989	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: E1GF-28E2-C2C1-GCDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: R19.7 - Diarrhea, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R50.9 - Fever, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, 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	: <table><tr><td>Complaint</td></tr><tr><td>pc: loose motion watery diarrhea 03/11/2024</td></tr><tr><td>dehydration</td></tr><tr><td>weakness</td></tr><tr><td>nausea</td></tr><tr><td>vomiting</td></tr></table>	Complaint	pc: loose motion watery diarrhea 03/11/2024	dehydration	weakness	nausea	vomiting																								
Complaint																															
pc: loose motion watery diarrhea 03/11/2024																															
dehydration																															
weakness																															
nausea																															
vomiting																															
العراض المرضية																															
CLINICAL FINDINGS	: <table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></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>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-150403-1021</td><td>PREMOSAN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-174202-0781</td><td>RISEK 40MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																													
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																													
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																													
9	Consultation Gp	General Consultation																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																													
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																													
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy																													
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																													
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																													
النتائج السريرية																															

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS :	0002-116601-	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids	
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 و ختم الطبيب



DATE: 04/12/2024

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

