



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	: ABDUL WASEEM KALEEM ULLA KALEEMULLA SHUKUR		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 06-May-1991	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: RLPL-3NMM-VMV3-1VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : G43.101 - Migraine with aura, not intractable, with status migrainosus, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, 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

PC: Headache; located on the left temporal region only.

it is throbbing and associated with dizziness, blurring of vision and tearing.

Duration: 6hours prior to presentation.

Also complaint of upper abdominal pain and belching with a bad smell.

smokes tobacco but does not take alcohol

not hypertensive and not diabetic and has no other medical condition of note

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب




DATE: 09/12/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

