



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	: MUHAMMAD UMER ABBASI SHABBIR AHMED ABBASI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Mar-1986	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: I941-GA4C-DCDI-4DEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R50.9 - Fever, unspecified, R10.9 - Unspecified abdominal pain, R30.9 - Painful micturition, 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

co lower abdominal region dark colour of urine burning of the urine epigastric pain 13th dec. 2024
oe chest is clear no added sounds
restless smoker
taking gaviscon syp.

العراض المرضية

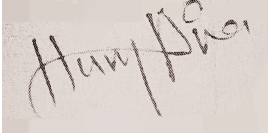
CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
86140	C-Reactive Protein	Lab
REMARKS :	Enter Remarks	
الملاحظات :		

TREATING PHYSICIAN :	Humaira	
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	 	DATE: 17/12/2024
توقيع وختم الطبيب		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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	