



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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	:	PIYADA SUKPARKARN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	17-Apr-2001	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	KIG1-8AF2-C2CK-ICDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K52.9 - Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.9 - Unspecified abdominal pain, 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 : Complaint

العراض المرضية

co diarrhoea 4 times in a day pain in the abdomen cramp in the abdomen 7th jan . 2025
oe chest is clear no added sounds
restless
advise rest for 3 days

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

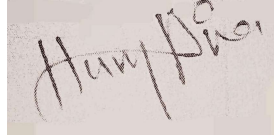
CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات :			

TREATING PHYSICIAN :	Humaira		
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



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 10/01/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

