



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	:	JAYAMMA GOPALAPPA			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	04-Apr-2002	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	EG4A-EA4C-DCD1-EDEA	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	R11.10 - Vomiting, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.84 - Generalized abdominal pain, K30 - Functional dyspepsia		
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		vomitting 2 times in 6 hours,body pain,acidity,cold,abdominal pain,2 times loose motion. o/e patient abdomen tenderness,dehydration sign also positive		
CLINICAL FINDINGS	:			
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
		96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		85027	Blood Count Complete Automated	Lab
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
		0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
		0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
		0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
		0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
النتائج السريرية				

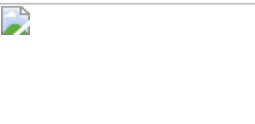
REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Enomen Goodluck Ekata General Practitioner DHA No: 28040827-001 CITICARE MEDICAL CENTER LLC DUBAI - U.A.E.	DATE: 01/02/2025
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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلييه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	