



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	: MUSSADIQ HUSSAIN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 08-Jul-1992	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: LL5L-31MM-VMV6-5VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: A09 - Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R11.10 - Vomiting, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding																																							
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 والحالات المتعلقة بالمومة)																																								
SYMPTOMS	: Complaint																																							
العرض المرضية	co fever on and off vomitting 4 times diarrhea 5 times 30th jan .2025 oe chest is clear no added sounds restless dehydrated smoker h/f outside food																																							
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0005-150403-1021</td><td>PREMOSAN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0384-207801-1002</td><td>LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-242802-0781</td><td>PANTONIX 40MG I.V.</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><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																						
9	Consultation Gp	General Consultation																																						
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy																																						
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																																						
0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy																																						
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																						
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																						
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																						
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy																																						
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																						
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																						
86140	C-Reactive Protein	Lab																																						
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																						
REMARKS	: Enter Remarks																																							
الملاحظات																																								

TREATING PHYSICIAN	: Humaira
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

توقيع و ختم الطبيب

Humaira

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

DATE: 01/02/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

