



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

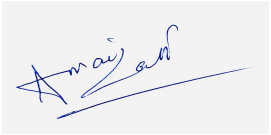
PATIENT NAME	: AKILA MADUWINDA KOSGAMAGE		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 04-Apr-1993	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: FMKN-363F-LFL2-3LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R10.84 - Generalized abdominal pain, R50.9 - Fever, unspecified																								
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 PC : LOWER ABDOMEN PAIN , RADIATING TO FLANKS ASSOCIATED WITH FEVER AND SHIVERING FOR 1 WEEK STOOL CONSISTENCY IS SOFT AND LIGHT IN COLOR COMPLAINS OF BLOATING AFTER EATING MEAL AND NAUSEA O/E : LOOK EMACIATED AND PALE TENDERNESS AT BOTH RT AND LFT ILIAC FOSSA																								
العراض المرضية																									
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>82247</td><td>Bilirubin Total</td><td>Lab</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-150403-1021</td><td>Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	82247	Bilirubin Total	Lab	9	Consultation Gp	General Consultation	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy	0195-107704-0801	Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																							
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																							
82247	Bilirubin Total	Lab																							
9	Consultation Gp	General Consultation																							
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy																							
0195-107704-0801	Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy																							
النتائج السريرية																									

	CPT Code	Treatment	Type
	H21-4630-04160-01	RISEK	Pharmacy
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy
	87045	Cul Bact Stool Aerobic Isol Salmonella&Shigella	Lab
	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 13/02/2025
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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	