



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	: BABI GURUNG PREM PREM GURUNG		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 04-Mar-1990	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EAI2-KFE2-C2CJ-8CDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: E86.0 - Dehydration, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R10.819 - Abdominal tenderness, unspecified site																																				
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	patient came with the complain of vomiting abdominal pain for 1 day																																				
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Nx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</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><tr><td>N37-0865-01079-01</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0102-111908-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-150403-1021</td><td>Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	96374	Ther Proph/Dx Nx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	N37-0865-01079-01	CEFTRIAXONE-TABUK	Pharmacy	0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																			
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																																			
96374	Ther Proph/Dx Nx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																																			
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																			
9	Consultation Gp	General Consultation																																			
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																																			
86140	C-Reactive Protein	Lab																																			
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																			
N37-0865-01079-01	CEFTRIAXONE-TABUK	Pharmacy																																			
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																																			
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																			
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy																																			
النتائج السريرية																																					
REMARKS	: Enter Remarks																																				
الملحظات																																					

TREATING PHYSICIAN	: Humaira
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

:

☐ New☐ Follow Up

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Humaira Mumtaz

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

DATE: 15/02/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

