



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	:	STEFANY SUSYANE ROTTIE			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	22-Sep-1997	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	I019-004-121714914-01	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, R52 - Pain, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, E86.0 - Dehydration, R19.7 - Diarrhea, 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		
الاعراض المرضية		pc : loose stool and vomitting associated with cramping abdominal pain since last night feeling weak , associted wiioth low garde fever 5 episodes of losse stool undigested food particles 3 episodes of vomitting liquid only o/e : look lethargi dehydrated		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
B97-3249-03756-01	METOCLOPRAMIDE	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab

REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			
TREATING PHYSICIAN :	DR Amaizah		
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. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 09/03/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد