



## 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

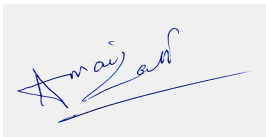
بيانات المريض

|               |   |                       |                 |
|---------------|---|-----------------------|-----------------|
| PATIENT NAME  | : | NAJJIM VICOTEI AGASHA |                 |
| اسم المريض    |   |                       |                 |
| DATE OF BIRTH | : | 14-Apr-1997           | GENDER : Female |
| تاريخ الميلاد |   |                       | الجنس           |
| CARD NBR      | : | E5C3-723F-EF9C-2FAD   | PAYER : NAS VN  |
| رقم البطاقة   |   |                       | شركة التأمين    |

|                  |   |                                |                                  |                                       |                                 |
|------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| CASE INFORMATION | : | <input type="checkbox"/> ACUTE | <input type="checkbox"/> CHRONIC | <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING | <input type="checkbox"/> INJURY |
| نوع الحالة       |   | حادة                           | مزمنة                            | موجودة مسبقا                          | إصابة                           |

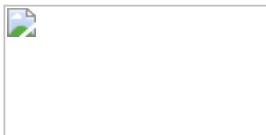
|                                                                                   |   |                                                                                                                                                                                          |                                                                           |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|
| DIAGNOSIS                                                                         | : | K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R19.7 - Diarrhea, unspecified, E86.0 - Dehydration, R03.1 - Nonspecific low blood-pressure reading, R11.2 - Nausea with vomiting, 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 9 episodes associtaed with abdominal pain and weakness started after taking last meal which was milk and boiled potatos                                                 |                                                                           |          |
|                                                                                   |   | o/e : look pale , dehydarterd ,and lethargic                                                                                                                                             |                                                                           |          |
|                                                                                   |   | low blood pressure                                                                                                                                                                       |                                                                           |          |
| CLINICAL FINDINGS                                                                 | : |                                                                                                                                                                                          |                                                                           |          |
| النتائج السريرية                                                                  |   |                                                                                                                                                                                          |                                                                           |          |
|                                                                                   |   | CPT Code                                                                                                                                                                                 | Treatment                                                                 | Type     |
|                                                                                   |   | 0005-174202-0781                                                                                                                                                                         | RISEK 40MG                                                                | Pharmacy |
|                                                                                   |   | 96372                                                                                                                                                                                    | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im                             | Co.Pay   |
|                                                                                   |   | 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   |
|                                                                                   |   | 0195-107704-0801                                                                                                                                                                         | CEFTRIAXONE-TABUK IV                                                      | Pharmacy |
|                                                                                   |   | 0005-150403-1021                                                                                                                                                                         | Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)] | Pharmacy |
|                                                                                   |   | 96374                                                                                                                                                                                    | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug                            | Co.Pay   |
|                                                                                   |   | 0102-152902-1001                                                                                                                                                                         | LACTATED RINGERS 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 | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             |
|                      |   | رسوم الاستشارة                                            |
|                      |   | CONSULTATION FEES :                                       |
|                      |   | <div>Enter CONSULTATION FEES</div>                        |

|                              |                                                                                   |                                                                                                                             |                  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP |  | <div>Dr. Amaizah Ishtiaq<br/>General Practitioner<br/>DHA: 98486553-001<br/>CITICARE MEDICAL CENTER<br/>DUBAI - U.A.E</div> | DATE: 09/03/2025 |
| توقيع و ختم 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 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          |                                                                                   |