



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 : MOHAMED IMDHADH MOHAMED NIZAM

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 10-Jan-1999

تاريخ الميلاد

CARD NBR : GFEA-G1E2-C2CF-8CDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

حادة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R52 - Pain, unspecified

التشخيص

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 :

العراض المرضية

Complaint

PC : PAIN EPIGASTRIC REGION WITH NAUSEA AND VOMITTING 2 EPISODES LIQUID ONLY NO FOOD CONTENT

URINARY FREQUENCY

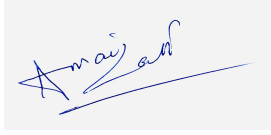
BLOATING

O/E : TENDER LEFT LOWER FLANK

TENDER EPIGASTRIC REGON

النتائج السريرية	CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation	
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	
	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy	
	81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab	
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	
	0442-116612-1001	Metronidazole USP [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bag (x1)]	Pharmacy	
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	
REMARKS :	Enter Remarks			
الملحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah
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		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 11/03/2025
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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	