

CONSULTATION FORM

Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبنة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج this form.

PATIENT INFORMATION

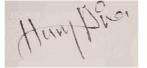
المريض	بيانات
--------	--------

الطبيب المعالج **HOSPITAL /CLINIC**

PATIENT NAME	: MOHAMED	IMDHADH MOHAMED NIZAM					
اسم المريض							
DATE OF BIRTH	: 10-Jan-199	9		GENDER	: Male		
تاريخ الميلد				الجنس			
CARD NBR	: GFEA-G1E2	-C2CF-8CDE		PAYER	: NAS VN		
رقم البطاقة				شركة التأمين			
CASE INFORMATION	: CACUTE	☐ CHRONIC	PRE-EXISTING		□INJURY		
نوع الحالة	حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة			
	: R19.7 - Diarrhea, Bacterial infection	unspecified, R10.84 - Generaliz n, unspecified	red abdominal pain, R53.1	- Weakness, E86.0	- Dehydration, A49.9 -		
التشخيص							
	Enter Aetiology						
لمسببات المرضية	(Diana in dianta	Al	-61-11		>		
	=	the exact cause in case	=	ernity-related c	ases)		
1		المسبب الدقيق في حالة الصابات و ال	(الرجاء تحديد				
SYMPTOMS	: Complaint						
	ahdominal nain	abdominal pain started after yesterday iftar					
العراض المرضية	since that he w	ent 8 times in washroom.					
	stool consistend	stool consistency is not thick mixed like.					
in investigation there is high lymphocytes and low neutrophils							
CLINICAL FINDINGS	: CPT Code	Treatment			Туре		
	96361	Iv Infusion Hydration Each Ad	ditional Hour		Co.Pay		
النتائج السريرية	9.01	Free Follow-Up Consultation Initial Consultation By A Gene	Of The Same Diagnosis Wit	hin 7 Days Of	General Consultation		
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophyla	kis /Dx 1St To 1 Hr		Co.Pay		
	0195-107704- 0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV			Pharmacy		
	0102-152902- 1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP Pharma			Pharmacy		
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx		Co.Pay			
	0005-136504- 1021	SCOPINAL			Pharmacy		
REMARKS	Enter Remarks						
الملحظات							
TREATING PHYSICIAN : Humaira							

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة					
CONSULTATION DETAILS	:	\bigcirc New	\bigcirc Follow Up	CONSULTATION FEES:	Enter CONSULTATION FEES
نوع الستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الستشارة	



Dr. Humaira Mumtaz General Practitioner Dha No: 54155530-002 Citicare Medical Center LLC Dubai - U.A.E.

DATE: 28/03/2025

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE توقيع المستفيد

