



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	:	PENINAH NJAMBI KIARIE			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	29-Sep-1990	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	7ED4-523F-EFC4-EFAD	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.01 - Acute gastritis with bleeding, R14.0 - Abdominal distension (gaseous), R52 - Pain, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension, E78.2 - Mixed hyperlipidemia

التشخيص

AETIOLOGY :

لمسببات المرضية

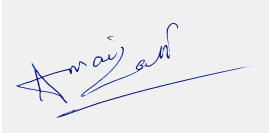
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
		pc : loose stool 5 episodes , vomitting 3 episodes lethargic
		epigastric pain
العراض المرضية		o/e ; look letharguc
		dehydrated
		tender abdomen
		distension

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	80061	Lipid Panel	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	87338	Iaad Eia Hpylori Stool	Lab
النتائج السريرية	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy

	CPT Code	Treatment	Type
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP توقيع وختم الطبيب		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 29/03/2025 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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE توقيع المستفيد	
---	---