



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	OGHENEMINE ENAWORU		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	28-Nov-1992	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	M5NL-3NMM-VMVP-PVAE	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, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R63.0 - Anorexia, R09.81 - Nasal congestion, J01.41 - Acute recurrent pansinusitis

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
		LOSS OF SMELL , BITTER TASTE , Bad taste , epigastric pain
		FOUL SMELLING stool dark in color
		STARTED 20/03/25
		HX OF GERD
العراض المرضية		O/E : LOOK PALE
		LETHARGIC , DEHYDRATED
		TENDER EPIGASTRIC REGION

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
87045	Cul Bact Stool Aerobic Isol Salmonella&Shigella	Lab
87338	Iaad Eia Hpylori Stool	Lab
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy

النتائج السريرية

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

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 و ختم الطبيب

Amaizah

Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 02/04/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

