



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	:	HIWOT AWAKE ADEMASE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	30-Nov-1989	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	622M-M33F-LFL3-3LED	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	R53.1 - Weakness, E86.0 - Dehydration, R10.9 - Unspecified abdominal pain, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, A09 - Infectious gastroenteritis and colitis, 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 patient came with recurrent diarrhea along with heart burning and general weakness . for one week she also has history of tremors for one year . no any acute illness advice to do general checkcup along with h.pylori screening																											
العرض المرضية																													
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGER'S INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-174202-0781</td><td>RISEK 40MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0056-116601-1021</td><td>Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																											
9	Consultation Gp	General Consultation																											
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																											
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																											
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																											
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy																											
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																											
0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Pharmacy																											
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																											
النتائج السريرية																													
REMARKS	:	Enter Remarks																											
الملحظات																													

TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New

☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

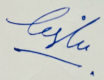
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 06/04/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

