



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	: Fe
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	622M-M33F-LFL3-3LED	PAYER	: NA
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R19.7 - Diarrhea, unspecified, E86.0 - Dehydration, M62.81 weakness (generalized)

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**

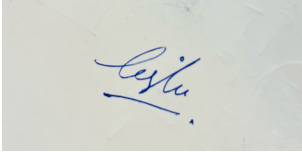
patient came with recurrent diarrhea along with heart burning and general weakness . for one week
she also has history of tremors for one year .
no any acute illness
advice to do general checkup along with h.pylori screening

العرض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Payment
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Payment
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Payment
	0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmaceutical
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmaceutical

النتائج السريرية

REMARKS : الملاحظات	CPT Code	Treatment	Type
	0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x4)]	Pharm:
	Enter Remarks		
0801			
TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	AISHA		
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
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. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 06 التاريخ
---	---	---	---------------------

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

فوض 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
ة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

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