



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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	: DIANAH MUYOKA SUMBA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 20-Jul-1996	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: N1M1-53LM-VMV3-MVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, E86.0 - Dehydration, R10.9 - Unspecified abdominal pain, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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 والحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

patient came with severe vomiting and nausea and abdominal pain since morning .
oe eipgastric tenderness no organomegaly .
fever
dehydration
pale

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional 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 RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS : Enter Remarks

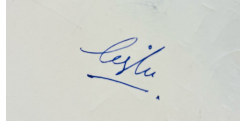
الملاحظات

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 وختم الطبيب



DATE: 12/04/2025

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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

