



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	:	BETH NYAMBURA GICHUHI	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	20-Jun-1995	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	6T1L-LPMM-VMV3-3VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.0 - Dysuria, E86.0 - Dehydration, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R11.10 - Vomiting, 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		
العرض المرضية		patient came with burning micturation along with difficulty to pass urine for one day she also have vomiting and dirhoea oe abdomen is mild distended and she unable to ly down properly		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
		96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
		0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
		0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
		9	Consultation Gp	General Consultation
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

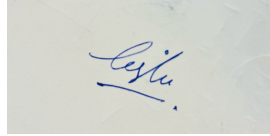
جديد

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: 14/04/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

