



## 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  | : | SUJATHA POTHERA     |              |          |
| اسم المريض    |   |                     |              |          |
| DATE OF BIRTH | : | 14-Dec-1975         | GENDER       | : Female |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس        |          |
| CARD NBR      | : | JFMH-N33F-LFL6-2LED | PAYER        | : NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين |          |

|                  |   |                                |                                  |                                       |                                 |
|------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| CASE INFORMATION | : | <input type="checkbox"/> ACUTE | <input type="checkbox"/> CHRONIC | <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING | <input type="checkbox"/> INJURY |
| نوع الحالة       |   | حادة                           | مزمنة                            | موجودة مسبقا                          | إصابة                           |

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R10.13 - Epigastric pain, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R05 - Cough, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption

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       | : | <b>Complaint</b>                                                                                                                                                       |
|                |   | pc : severe gastritis , 10 episodes of vomiting and loose stool 9 episodes after eating from outside , not tolerating orally , oral intake is reduced started 06/05/25 |
|                |   | cough also started with yellow mucous                                                                                                                                  |
| العراض المرضية |   | o/e                                                                                                                                                                    |
|                |   | look lethragic and dehydrated                                                                                                                                          |
|                |   | tender epigastric region                                                                                                                                               |
|                |   | poor skin turgor                                                                                                                                                       |
|                |   | chest congseted                                                                                                                                                        |

|                     |                  |                                                |                      |
|---------------------|------------------|------------------------------------------------|----------------------|
| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code         | Treatment                                      | Type                 |
|                     | 96374            | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug | Co.Pay               |
|                     | 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im  | Co.Pay               |
|                     | 9                | Consultation Gp                                | General Consultation |
|                     | 0005-111805-1021 | CHLOROHISTOL 10MG                              | Pharmacy             |
|                     | 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                 | Pharmacy             |
|                     | 0005-150403-1021 | PREMOSAN                                       | Pharmacy             |
|                     | 0005-174202-0781 | RISEK 40MG                                     | Pharmacy             |
|                     | 96361            | Iv Infusion Hydration Each Additional Hour     | Co.Pay               |
|                     | 0102-152902-1001 | LACTATED RINGERS INJECTION USP                 | Pharmacy             |

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

|                      |   |                                                           |                                             |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | DR Amaizah                                                |                                             |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                                             |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                                             |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                                             |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> 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: 07/05/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

