



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 : SUJATHA POTHERA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 14-Dec-1975

تاريخ الميلاد

CARD NBR : JFMH-N33F-LFL6-2LED

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

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, E86.0 - Dehydration, R42 - Dizziness and giddiness

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

pc : severe gastritis , 10 episodes of vomitting 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 Sbst/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

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

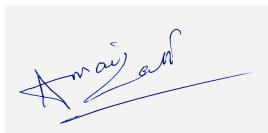
TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah
الطبيب المعالج

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



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

