



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	:	PRAJWOL CHAULAGAI PURNA BAHADUR	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	23-Nov-1997	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	9G22-924C-DCD4-GDEA	PAYER : NAS VN
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, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, E86.0 - Dehydration

التشخيص

AETIOLOGY	:	Enter Aetiology
لمسببات المرضية		

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

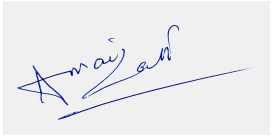
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint PC : SEVRE EPIGASTRIC PAIN , NAUASE WITH VOMITTING 4 EPIISOEDS ASSOCIATED WITH EPIGASTRIC BURNING NOW FEEL DIZINESS AND COLD O/E : LOOK PALE , LETHARGIC , DEHYDRATED TENDER EPIGASTRIC
العراض المرضية		

CLINICAL FINDINGS :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>H21-4630-04160-01</td><td>RISEK</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-150403-1021</td><td>Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0131-116601-1001</td><td>Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	H21-4630-04160-01	RISEK	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy	0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																										
9	Consultation Gp	General Consultation																										
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																										
H21-4630-04160-01	RISEK	Pharmacy																										
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																										
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy																										
0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy																										
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																										
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																										
النتائج السريرية																												

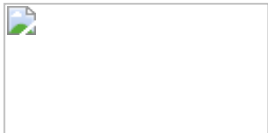
REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

TREATING PHYSICIAN :	DR Amaizah
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC :	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS :	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 15/06/2025
توقيع وختم الطبيب			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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	