



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	:	MANISHA KHADKA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	14-Feb-1998	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	2NFM-3EJF-LFL3-KLED	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : K35.80 - Unspecified acute appendicitis, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.31 - Right lower quadrant pain
التشخيص

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 : PAIN IN RT ILIAC FOSSA SEVRE 08 ON PAIN SCALE SUDDEN ONSET NOT RELEIVED WITH ORAL PAIN KILERS ASSOCIATED WITH VOMITTING 3 EPISODES FEVER WHICH WAS HIGH GRADE AND DIARRHEA 19/06/25
		LOSS OF APPETITE
		TOOK PARACETAMOL AND BUSCOPAN AND ORAL ANTIBIOTICS BEFORE VISITING THIS CLINIC CONDITION NOT IMPROVED
العراض المرضية		O/E : LOOK IRRITABLE DUE TO PAIN
		DEHYDRATED
		TEMP 36.9 AFTER PARACETAMOL
		TENDER RT ILIAC FOSSA
		REBOUND TENDERNESS +
		TLC RAISED WITH NEUTROPHIL PREDOMINANCE
		CBC DONE 2 DAYS BACK

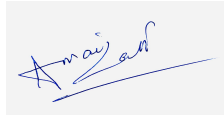
CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	76700	Us Abdominal Real Time W/Image Documentation	Radiology
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
النتائج السريرية	2190-106618-1002	Parafusiv [Solution For Injection - 10mg/ml - 50.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy

CPT Code	Treatment	Type
0102-152902-	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	: ☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة	جديد المتابعة رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 22/06/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

