



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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	: MAHESH NUKALA GANGARAM NUKALA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 25-Oct-1987	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: JNJJ-J63F-LFL3-2LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R10.9 - Unspecified abdominal pain, R30.0 - Dysuria, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, N50.82 - Scrotal pain, N30.90 - Cystitis, unspecified without hematuria, N45.1 - Epididymitis

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

patient complaining of back pain

generalized body pain

fever from 2-3 days

flanks pain

n examination

the patient is in moderate distress

dehydrated with dry oral mucosa

chest examination shows vesicular breath sounds with no added sounds normal cardiac sound

Abdominal examination : normal shape no palpable mass or viscera

mild tenderness in left flanks

Testicular exam : cough impulse negative, can get above testes easily

no localized tenderness on palpation

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
76856	Us Pelvic Nonobstetric Real-Time Image Complete	Radiology
9	Consultation Gp	General Consultation
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
76870	Ultrasound Scrotum & Contents	Radiology

الناتج السريري	CPT Code	Treatment	Type
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	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
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

Amaizah

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

DATE: 28/06/2025

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

