



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	:	MARY JOY		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	04-Sep-1988	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	K2K2-FH3F-LFLN-3LED	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, R14.3 - Flatulence, R10.84 - Generalized abdominal pain, K35.80 - Unspecified acute appendicitis, E86.0 - Dehydration, I95.9 - Hypotension, unspecified

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 : generalize abd .pain ,low blood pressure
		hopc : pt came with the complain of right iliac fossa pain not radiate towards the umbilics , and then suddenly pain shifted to the left side .
العراض المرضية		o/e she look weak , psaus sign negative , no rebound tenderness .
		low blood pressure
		allergies : none
		pmh : none

CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>81000</td><td>Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy</td><td>Lab</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>82947</td><td>Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0384-111908-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>76856</td><td>Us Pelvic Nonobstetric Real-Time Image Complete</td><td>Radiology</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	76856	Us Pelvic Nonobstetric Real-Time Image Complete	Radiology
CPT Code	Treatment	Type																																	
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																																	
9	Consultation Gp	General Consultation																																	
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																	
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																																	
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab																																	
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																	
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																	
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab																																	
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																																	
76856	Us Pelvic Nonobstetric Real-Time Image Complete	Radiology																																	

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : AISHA

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. Aisha Umer
Physician - General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 29/06/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد