



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	:	JOYLINE JEPKOECH			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	05-Apr-1998	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	NNHE-EN3F-LFLH-JLED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.0 - Dysuria, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.0 - Nausea, E86.0 - Dehydration, R12 - Heartburn

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
العرض المرضية		PC : LOWER ABD PAIN HOPC : PT CAME WITH LOW ABD PAIN ALONG WITH HEART BURN AND DARK URINE FOR THE LAST TWO WEEKS O/E SHE LOOK DEHYDRATED AND PALE SHE ALSO HAS LOW BACK PAIN AT LUMBER REGION PMH : H.PYLORI

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	76856	Us Pelvic Nonobstetric Real-Time Image Complete	Radiology
	76700	Us Abdominal Real Time W/Image Documentation	Radiology
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
	86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
	81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab

النتائج السريرية

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

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: 04/07/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد