



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: A S M KADIR MOLLA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 19-Oct-1997	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: E49C-1C4C-DCD4-EDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : R19.7 - Diarrhea, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, A06.9 - Amebiasis, unspecified, R52 - Pain, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R53.1 - Weakness, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold]

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

chief complaint: came with nausea and vomiting, associated with diarrhea, cold , weakness, body ache, fever, cold.

العراض المرضية

last night he eaten chicken and rice.

This Patient has Vitals for Temp: 37.4°C, Pulse: 88bpm, BP: 110mmHg, Height: 169cm, Weight: 56kg, BMI 19.61(Obese), Blood Sugar

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy

النتائج السريرية

REMARKS

: Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Dr.Farhan Iyas

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New

☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

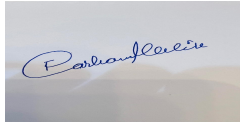
Enter CONSULTATION FEES

نوع الستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الستشارة



Dr .Frahan Ilyas Malik
Physician-General Practitioner
DHA-06441782-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI U.A.E

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

DATE: 07/07/2025

توقيع و ختم 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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

