



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	:	EAINDRAY KYAW		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	28-Jun-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	JEGI-2KE2-C2CJ-ECDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R10.84 - Generalized abdominal pain, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, E86.0 - Dehydration

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 : vomiting , abdominal pain
		hopc : pt came with vomiting 6 episodes along with stomach pain started this morning along with mild fever and gen body pain
		o/e she look dehydrated and complain of difficulty in breathing (oxygen saturation is normal)
		allergies : none
		pmh : none

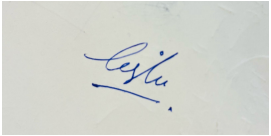
العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl 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 : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 17/07/2025
توقيع وختم 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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	