



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	: HASIB UL REHMAN HAFIZ UL REHMAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 03-Feb-2003	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: AKI8-22F2-C2C8-KCDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة	حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	: R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, R10.84 - Generalized abdominal pain, R53.1 - Weakness																																	
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 : vomiting and headache hopc : pt came with vomiting along with stomach discomfort and weakness started this morning o/e bp is normal he look pale and dehydrated allergies : none pmh : none																																	
العراض المرضية																																		
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</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>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGER'S INJECTION USP</td><td>Pharmacy</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>0005-150403-1021</td><td>PREMOSAN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																
9	Consultation Gp	General Consultation																																
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy																																
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																																
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy																																
86140	C-Reactive Protein	Lab																																
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																
النتائج السريرية																																		
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 و ختم الطبيب

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

DATE: 23/07/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد