



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	:	BARUN ROY SANJAY ROY		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	04-Mar-1989	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	MNM2-363F-LFLM-2LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : K80.80 - Other cholelithiasis without obstruction, R10.84 - Generalized abdominal pain, R07.89 - Other chest pain, R11.0 - Nausea, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, E86.0 - Dehydration

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 epigastric pain radiating to back, left sided chest pain
		HOPC pt presented with complaints of epigastric pain radiating to back associated with nausea that started today afternoon
		He had the symptoms several times before
		USG done on 29-6-2025 shows cholecystolithiasis (11mm in size)
		3mm in size non obstructive renal calculi
		Pain scale 9\10
		O\E tenderness present over epigastric region
		No drug allergy
		Nil comorbs

CLINICAL FINDINGS :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9.02</td><td>Gp Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd.</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9.02	Gp Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd.	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type																				
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																				
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																				
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																				
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																				
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																				
9.02	Gp Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd.	General Consultation																				
النتائج السريرية																						

CPT Code	Treatment	Type
93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks	

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

