



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

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)

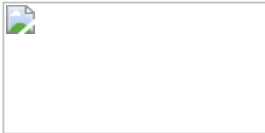
SYMPTOMS	:	Complaint PC epigastric pain radiating to back, left sided chest pain HOPC pt presented with complaints of epigastric pain radiating to back associated with nausea that started today afternoon He had the symptoms several times before USG done on 29-6-2025 shows cholecystolithiasis (11mm in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

CLINICAL FINDINGS :	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

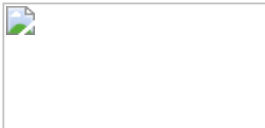
	CPT Code	Treatment	Type
	93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	0439-152905-	LACTATED RINGER S INJECTION USP (CALCIUM CHLORIDE : 0.2 MG/ML) (POTASSIUM CHLORIDE : 0.3 MG/ML) (SODIUM CHLORIDE : 6 MG/ML)	Pharmacy
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN	:	KEERTHANA	
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	 	DATE: 23/07/2025
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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	