



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	:	PRAKASH KANNAN KANNAN			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	24-Jun-2001	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	KJ8F-JEE2-C2CI-8CDE	PAYER	:	NAS VN
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, R10.9 - Unspecified abdominal pain, 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																													
العرض المرضية		PC vomiting immediately after meals HOPC Pt complaints of nausea and vomiting immediately after food associated with abdominal cramps since the last 3 days He had similar episodes in the past Allergic to antibiotics (name unknown) Nil comorbs O\E conscious oriented looks pale																													
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><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>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0005-150403-1021</td><td>PREMOSAN</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																													
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																													
9	Consultation Gp	General Consultation																													
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																													
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																													
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																													
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy																													
النتائج السريرية																															
REMARKS	:	Enter Remarks																													
الملحظات																															

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

توقيع وختم الطبيب



د. كيرثانا راني باديبورايل ثارا
Dr. Keerthana Rani Padippurayil Thara
General Practitioner
License No.: 37864046-001
مركز سيتيكير الطبي ذم م
CITICARE MEDICAL CENTER LLC

DATE: 24/07/2025

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

