



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	: JAIPRAKASH KUMAR NATHULAL SAH		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 27-Jun-1997	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: J2KA-I2F2-C2C8-1CDE	PAYER	: NAS - SRN WN
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, R50.9 - Fever, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R10.84 - Generalized abdominal pain, E86.0 - Dehydration, I95.9 - Hypotension, unspecified
-----------	---

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)

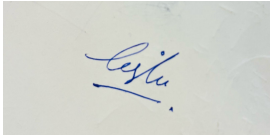
SYMPTOMS	: Complaint
العرض المرضية	pc : vomiting ,weakness ,fever hopc : pt ca,e with the complain of fever ,vomiting and sever headache started yesteday night o/e he look dehydrated and dizzy allergies : none ' pmh : none

CLINICAL FINDINGS :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><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>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</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>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-150403-1021</td><td>PREMOSAN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-174202-0781</td><td>RISEK 40MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</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	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																									
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																									
9	Consultation Gp	General Consultation																																									
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																									
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																									
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																									
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																									
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																									
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy																																									
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																																									
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																																									
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																									
86140	C-Reactive Protein	Lab																																									
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																									

النتائج السريرية

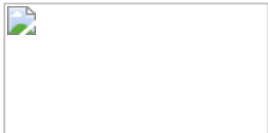
REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

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: 30/07/2025
توقيع و ختم 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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	