



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	: STAMATIA VIMBAINASHE CHIRIMA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Sep-1993	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 2E34-723F-EFD3-5FAD	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R53.83 - Other fatigue, E86.0 - Dehydration, R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified, R53.1 - Weakness, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R11.10 - Vomiting, 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

PC loose stools,vomiting,weakness

HOPC pt presented with complaints of loose stools and vomiting which is associated with fever,weakness and crampy pain following salmon fish intake

O\E P\A soft and non tender

No history of drug allergy

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
0439-152905-1002	LACTATED RINGER S INJECTION USP (CALCIUM CHLORIDE : 0.2 MG/ML) (POTASSIUM CHLORIDE : 0.3 MG/ML) (SODIUM CHLORIDE : 6 MG/ML) (SODIUM LACTATE : 3.1MG/ML) SOLUTION FOR INFUSION	Pharmacy
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	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

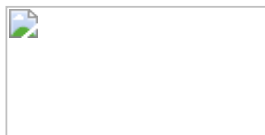
جديد

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: 01/08/2025

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 كالصلييه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

