



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	:	DINESH VARMA SHAUKILAL		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	01-Jan-1996	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	EJE8-JAF2-C2CE-KCDE	PAYER	: NAS - SRN W
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R1C Generalized abdominal pain, E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, Heartburn

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)

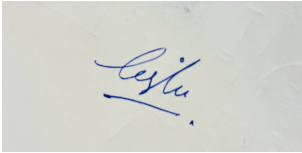
SYMPTOMS	:	Complaint
		pc : vomiting ,fever weakness
		hopc : pt came with fever along with continous vomiting and stomach pain started one day back
العراض المرضية		o/e he look pale and dehydrated
		allergies : none
		pmh : none

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Co
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	96366	Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

النتائج السريرية

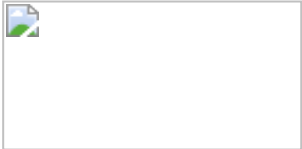
	CPT Code	Treatment	Type
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP توقيع وختم الطبيب		Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 01 التاريخ
---	---	---	---------------------

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

فوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و
ة منه. إية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE توقيع المستفيد	
---	---