



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

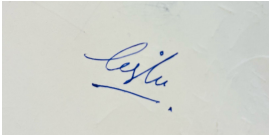
PATIENT NAME	:	DINESH VARMA SHAUKILAL			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	01-Jan-1996	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	EJE8-JAF2-C2CE-KCDE	PAYER	:	NAS - SRN WN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R10.84 - Generalized abdominal pain, E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R12 - 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		
العراض المرضية		pc : vomiting ,fever weakness		
		hopc : pt came with fever along with continous vomiting and stomach pain started one day back		
		o/e he look pale and dehydrated		
		allergies : none		
		pmh : none		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96366	Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour	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 Sbdt/Drug	Co.Pay
		96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		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
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab

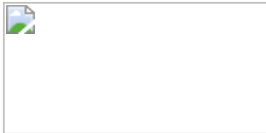
REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

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: 01/08/2025
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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	