



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 : BEKILA TOLERA BAYANA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 22-Nov-1998 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : J63M-J23F-LFL3-JLED PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.0 - Dysuria, M54.5 - Low back pain, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration

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 : left lumbar pain and difficulty in passing urine

hopc : pt came with burning and painful micturation along with left sided lumbar pain that radiates towards the pelvic region started three days back

pain scale is 7/10 pt unable to sit properly

o/e he is dehydrated

tenderness on lumbar region

allergies : none

pmh : none

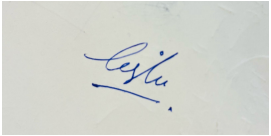
CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96366	Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	81000	Urinals Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Mircscopy	Lab
	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	 	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 كالتصليح

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