



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	:	MUNIR SALIH	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	31-Aug-1996	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	EIRG-4A4C-DCD9-9DEA	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.01 - Acute gastritis with bleeding, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, E86.0 - Dehydration, R03.1 - Nonspecific low blood-pressure reading, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis

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 : sevre vomitting , every one hour since 8 am , associated with losse stool and cramping pain , a dn epigastric byrning started 03/08/25

العراض المرضية

oral intake is reduced

o/e : look lethargic dehydrated

low bp

tender epigastric

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy

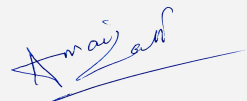
النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
	0102-152902-	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 03/08/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

