



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 : KRISHN KUMAR RAM SUMER

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 01-Jan-1989

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 121J-FAF2-C2CK-8CDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R10.9 - Unspecified abdominal pain, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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 generalised abdominal pain,nausea,vomiting,couldnt have food

HOPC pt presents with complaints of generalised abdominal pain,nausea,vomiting,couldnt have food since yesterday

Not associated with fever,loose stools

O\p a soft non tender

No history of drug allergy

Nil comorbs

CLINICAL FINDINGS :

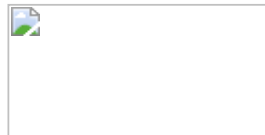
النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
9	Consultation Gp	General Consultation
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 12/08/2025

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

