



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 : GUDDU KUMAR KUSHWAHA BABULAL KUSHWAHA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 19-Jun-1992
تاريخ الميلاد
CARD NBR : NHJE-633F-LFLM-JLED
رقم البطاقة
GENDER : Male
الجنس
PAYER : NAS - SRN WN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : A09 - Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.9 - Unspecified abdominal pain, J30.89 - Other allergic rhinitis, R10.819 - Abdominal tenderness, unspecified site, E86.0 - Dehydration, 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

PC loose stools

HOPC pt presents with complaints of loose stools since 4 days.Pt complaints of having loose stools many times since 4 months

He has generalized abdominal pain

He also has sneezing and running nose

O\E pt looks pale and dehydrated

P\A soft lower abdominal tenderness +

Nil comorbs

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology
87046	Cul Bact Stool Aerobic Addl Pathogens&Id Ea	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

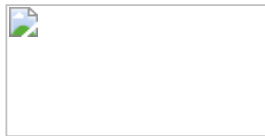
النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	KEERTHANA			
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 و ختم الطبيب



DATE: 21/08/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

