



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 : RAJU YADAV HANUMAN YADAV
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 01-Jan-1996 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : GGK8-22F2-C2CI-1CDE 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, R50.9 - Fever, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R10.0 - Acute abdomen, E86.0 - Dehydration, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified, E87.1 - Hypo-osmolality and hyponatremia, R30.0 - Dysuria

التشخيص

AETIOLOGY

لمسببات المرضية

Enter Aetiology

(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

العراض المرضية

Complaint

pc : body pain , vomiting , stomach pain

pt came with the complain of fever along with body pain vomiting and stomach pain started this morning

o/e there is no epigastric tenderness

he look dehydrated

allergies : none

pmh : none

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab
80051	Electrolyte Panel	Lab
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملحظات	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 :			Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة			

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 22/08/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد