



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	:	ADAM EHAB HAMOUDA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	06-Mar-2007	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	A28G-I2E2-C2CJ-FCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R51.9 - Headache, unspecified, E86.0 - Dehydration, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, E07.9 - Disorder of thyroid, unspecified, R30.0 - Dysuria, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R00.2 - Palpitations

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 headache, photophobia, vomiting, nausea
		HOPC pt presents with complaints of headache, photophobia, vomiting, nausea since today noon
		He had direct exposure to sunlight for some duration following which he vomited multiple times and feel tired
		O\E conscious oriented, looks pale and disturbed
		dry oral cavity
		No history of drug allergy

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	84481	Triiodothyronine T3 Free	Lab
	84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab
	80051	Electrolyte Panel	Lab
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy

النتائج السريرية

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 24/08/2025

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

