



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 : SOURIA ASSMA BOUDOU
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 09-Jul-1994
تاريخ الميلاد
GENDER : Female
الجنس
CARD NBR : TN5P-6TLM-VMVP-1VAE
رقم البطاقة
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : N20.2 - Calculus of kidney with calculus of ureter, N23 - Unspecified renal colic

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

C/o: Pain in the right lumbar region

Said to have began insidiously about 5hours prior to presentation.

It waxes and wanes and radiates to the ipsilateral groin and lower limb.

There is associated vomiting for which she has had one nonprojectile, nonbilious, nonbloody episode.

There is no fever, no urinary symptoms, no abdominal distension and no change in bowel habit.

Exam: In painful distress, not pale, anicteric, acyanosed.

Has marked right renal angle tenderness.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
81005	Urinalysis Qual/Semiquant Except Immunoassays	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay

النتائج السريرية

REMARKS :	Enter Remarks
الملحظات	

TREATING PHYSICIAN :	Enomen Goodluck
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC :	Irham Medical Center Arjan
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS :	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 16/05/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

