



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: TN5P-6TLM-VMVP-1VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J01.40 - Acute pansinusitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified																																				
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	Generalized body pain, and high grade fever. Also has pain in throat and nasal congestion with nasal discharge.																																				
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>81001</td><td>Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																																			
96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																																			
9	Consultation Gp	General Consultation																																			
86140	C-Reactive Protein	Lab																																			
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab																																			
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																			
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																			
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																			
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																																			
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																			
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																			
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																			
النتائج السريرية																																					
REMARKS	: Enter Remarks																																				
الملاحظات																																					

TREATING PHYSICIAN	: Enomen Goodluck		
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	: Irham Medical Center Arjan		
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: 22/05/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

