



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	: FATIMA ALZAHRA AMIN MAHMOUD ASSAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 17-Jun-1992	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 61N6-MMMM-VMVR-TVAE	PAYER	: NAS - RN,RN+
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, A09 - Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.10 - Upper abdominal pain, 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																					
الاعراض المرضية	C/o: upper abdominal pain since last week also has been having diarrhea since last night, 'stool is watery, non bloody and not mucoid. she is not a known hypertensive and not diabetic. and has no other medical condition in the past. has previously been diagnosed of H. pylori infection in the past.																					
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96360</td><td>Iv infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-242802-0781</td><td>PANTONIX 40MG I.V.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>81001</td><td>Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy</td><td>Lab</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96360	Iv infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type																				
96360	Iv infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																				
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy																				
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																				
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																				
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab																				
9	Consultation Gp	General Consultation																				
REMARKS	: Enter Remarks																					
الملاحظات																						

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: 27/05/2024

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 صورة عن هذا التفويض تعتبر كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

