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 ، لوصفتك الطبية ، ترجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME اسم المريض	:	ANA PAULA DE LIMA SIL VESTRE			
DATE OF BIRTH تاريـخ الميلد	:	22-May-1991	**GENDER** الجنس	:	Female
CARD NBR رقم البطاقة	:	3R6R-MTLM-VMV1-PVAE	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

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

DIAGNOSIS التشخيص : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified, R30.9 - Painful micturition, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified

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 الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS العراض المرضية :

Complaint
co lower back pain 1 day dark colour of urine fever on and off 4 days
oe enlarge tonsills
chest is clear no added sounds

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

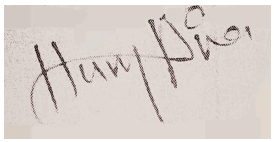
CPT Code	Treatment	Type
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
81001	Urnls Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
9	Consultation Gp	General Consultation

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج : Humaira

HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة : Irham Medical Center Arjan

CONSULTATION DETAILS نوع الستشارة	:	○ New جديد	○ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الستشارة	Enter CONSULTATION FEES



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع و ختم الطبيب

DATE: 04/06/2024
التاريـخ

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد