



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 : MUHAMMAD SHOAIB RAFIQUE MUHAMMAD RAFIQUE
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 15-Jan-1985
تاريخ الميلاد
CARD NBR : E4G1-294C-DCDE-2DEA
رقم البطاقة
GENDER : Male
الجنس
PAYER : NAS - SRN WN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : K12.2 - Cellulitis and abscess of mouth, R50.9 - Fever, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified

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: swelling on the left cheek, pain in throat, and fever.

Also has cough.

Had surgery of the mouth by a dentist 1 week ago, following which pain and swelling was noted to have started.

العراض المرضية

He thus presented to this facility 3days ago and was given some antibiotics, however symptoms has perisisted.

Exam: Obvious swelling of the left cheek,

Oral cavity exam shows whitish exudate on the sight of the dental surgery.

Counselled to continue the current antibiotics

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy

النتائج السريرية

REMARKS :	CPT Code	Treatment	Type
الملحظات	Enter Remarks		
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 وختم الطبيب



DATE: 12/06/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

