



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	: NETHUM LAKVINDU RANATHUNGA RANATHUNGA ARACHCHILAGE		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-May-2002	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: AE44-CI4C-DCD4-CDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

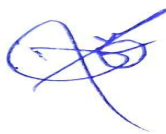
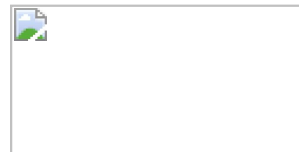
DIAGNOSIS	: J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], R51.9 - Headache, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified					
التشخيص						
AETIOLOGY	: Enter Aetiology					
لمسببات المرضية						
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)						
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)						
SYMPTOMS	: <table> <tr> <td>Complaint</td> </tr> <tr> <td>PC: FEVER</td> </tr> <tr> <td>SORETHROAT</td> </tr> <tr> <td>HEADACHE</td> </tr> <tr> <td>VOMITING</td> </tr> </table>	Complaint	PC: FEVER	SORETHROAT	HEADACHE	VOMITING
Complaint						
PC: FEVER						
SORETHROAT						
HEADACHE						
VOMITING						
العراض المرضية						

Complaint																												
CLINICAL FINDINGS : النتائج السريرية الملحظات	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>96367</td> <td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-150403-1021</td> <td>Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-174202-0781</td> <td>RISEK 40MG</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Co.Pay	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	CPT Code	Treatment	Type																									
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																									
	9	Consultation Gp	General Consultation																									
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																									
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																									
	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Co.Pay																									
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																									
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																									
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																										
REMARKS : Enter Remarks الملاحظات																												

TREATING PHYSICIAN :	AHSAN HUSSAIN		
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC :	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS :	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES رسوم الاستشارة
نوع الاستشارة			

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 24/08/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

