



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	: OMAR AHMED MOHAMED RAMADAN ABDELHADY		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 16-Aug-1996	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 536M-1RMM-VMVR-TVAE	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], R10.13 - Epigastric pain, R51.9 - Headache, unspecified, M62.81 - Muscle weakness (generalized)																														
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: FEVER COUGH SORETHROAT HEADACHE BODY PAIN EPIGASTRIC PAIN 2 DAYS																														
العراض المرضية																															
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</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>H21-4630-04167-01</td><td>RISEK</td><td>Co.PAy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0442-106618-1001</td><td>Paracetamol [Concentrate For Infusion - 10mg/ml - 50.00 Liquids Bag (x1)]</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	H21-4630-04167-01	RISEK	Co.PAy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0442-106618-1001	Paracetamol [Concentrate For Infusion - 10mg/ml - 50.00 Liquids Bag (x1)]	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																													
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																													
86140	C-Reactive Protein	Lab																													
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																													
H21-4630-04167-01	RISEK	Co.PAy																													
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																													
0442-106618-1001	Paracetamol [Concentrate For Infusion - 10mg/ml - 50.00 Liquids Bag (x1)]	Co.Pay																													
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																													
النتائج السريرية																															
REMARKS	: Enter Remarks																														
الملحظات																															

TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

DATE: 30/08/2024

توقيع وختم الطبيب

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

