

**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	:	STANLEY IFEANYICHUKWU IWUH	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	08-Feb-1985	GENDER : M
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	54C3-723F-EF25-CFAD	PAYER : M
رقم البطاقة			مشاركة التأمين

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

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, E86.0 - Dehydration, N39.0 - Urinary tract infection not specified

التشخيص

AETIOLOGY :

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

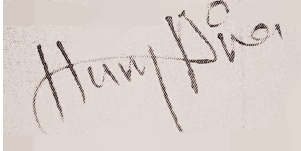
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
		no body pain and headache fever on and off taking penadol at home diarrhea 4 times today 2024
		no
العراض المرضية		enlarge tonsills
		chest is clear no added sounds
		restless

CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>96367</td><td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmaceutical</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmaceutical	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type												
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay												
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmaceutical												
9	Consultation Gp	General Consultation												

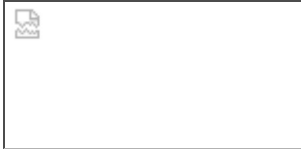
	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	81001	Urnl's Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmaz
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmaz
	0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Pharmaz
	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrn'tl Wbc Count	Lab
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira	
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 records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

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
رأيه منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالتصديق

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	