



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	:	EMILY VERITY BLANCHE BOURN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	08-Apr-1997	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	R3T6-55LM-VMVR-6VAE	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], R05 - Cough																																				
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: COUGH</td></tr><tr><td>SORETHROAT</td></tr><tr><td>FEVER</td></tr></table>	Complaint	PC: COUGH	SORETHROAT	FEVER																																
Complaint																																						
PC: COUGH																																						
SORETHROAT																																						
FEVER																																						
العراض المرضية																																						
CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</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>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>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0006-124513-2071</td><td>Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]</td><td>Co.Pay</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	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	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																																				
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																				
9	Consultation Gp	General Consultation																																				
86140	C-Reactive Protein	Lab																																				
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																				
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																																				
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																				
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																				
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																				
0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Co.Pay																																				
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 :
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
				Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP			DATE: 12/09/2024
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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	