

**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	: HETTIARACHCHIGE DONA IRUSHANI ANURADHA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 12-Dec-1993	GENDER	: Femal
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 1RMT-TLMM-VMV1-TVAE	PAYER	: NAS -
رقم البطاقة		بيرة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified
التشخيص	
AETIOLOGY	: Enter Aetiology
لمسببات المرضية	

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

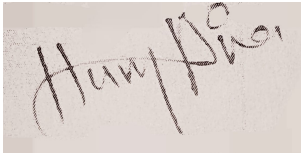
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	: Complaint
	co pain in the lower abdominal dark colour urine taking birth controll pills not mensturating from her gynaecologist doing her treatment
	oe
العراض المرضية	chest is clear no added sounds
	restless
	plan u/s abdomen whole

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Coi</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Coi	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type									
9	Consultation Gp	General Coi									
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay									

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	81001	UrnlS Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl 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 CONSULTATIC
نوع الاستشارة		جديد المتابعة رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP			DATE: 13,
توقيع و ختم 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 r 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 رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	