

**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	:	ANAS AHMAD A BDEIR		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	17-Jul-1992	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	E2KF-I8E2-C2CJ-GCDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة			مشاركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, J30.9 - rhinitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

التشخيص

AETIOLOGY :

لمسببات المرضية

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

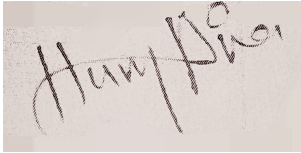
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
		co fever on and off taking penadol at hme nasal blockage productive cough
		11th sep. 2024
		oe
العراض المرضية		enlarge and inflamed tonsills
		chest is congested no added sounds
		restless
		smoker

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	9	Consultation Gp	General Coi
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: 16,
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 للفراد المعالين من قبلي و رة منه. اية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	