

**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	: KALSOOM ASLAM MUHAMMAD ASLAM		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 15-Aug-1993	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 9AGC-A24C-DCD1-2DEA	PAYER	: NAS - SRM
رقم البطاقة		مشاركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, unspecified

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
		nasal congestion, pain in throat, fever and cough
العراض المرضية		Duration: 3days.
		Requesting rest

CLINICAL FINDINGS :	الناتج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
		96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
		0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
		94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
		96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
		0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy

CPT Code	Treatment	Type
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Con

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION
نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP :  

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 16, 2024
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. اية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE : 

توقيع المستفيد