

**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	:	DIANAH MUYOKA SUMBA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	20-Jul-1996	GENDER : Fei
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	N1M1-53LM-VMV3-MVAE	PAYER : NA
رقم البطاقة			مشاركة التأمين

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

DIAGNOSIS : M17.0 - Bilateral primary osteoarthritis of knee, R52 - Pain, unspecified, M06.4 - Inflammatory polyar M10.9 - Gout, unspecified, M06.9 - Rheumatoid arthritis, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal refl without esophagitis

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
العرض المرضية		PC: Bilateral kneel pain Duration: Recurrent for over a year. There is no history of trauma. Known patient with gastritis

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	86431	Rheumatoid Factor Quantitative	Lab
	84550	Uric Acid Blood	Lab
	86038	Antinuclear Antibodies Ana	Lab

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
	9	Consultation Gp	General Co
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			DATE: 19,
			التاريخ
توقيع و ختم الطبيب			

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	