



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	: MUHAMMAD SAGHEER MUHAMMAD BASHIR	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 01-Jul-1988	GENDER : Male
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: TPPL-3NMM-VMV5-5VAE	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, M54.5 - Low back pain, M62.830 - Muscle spasm of back																														
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: FEVER</td></tr><tr><td>FLU</td></tr><tr><td>COLD</td></tr><tr><td>BODY PAIN</td></tr><tr><td>EPIGASTRIC PAIN</td></tr><tr><td>SORE THROAT</td></tr></table>	Complaint	PC: FEVER	FLU	COLD	BODY PAIN	EPIGASTRIC PAIN	SORE THROAT																							
Complaint																															
PC: FEVER																															
FLU																															
COLD																															
BODY PAIN																															
EPIGASTRIC PAIN																															
SORE THROAT																															
العراض المرضية																															
CLINICAL FINDINGS	: <table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</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>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>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</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><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></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																													
9	Consultation Gp	General Consultation																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																													
86140	C-Reactive Protein	Lab																													
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																													
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																													
0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Co.Pay																													
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																													
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																													
النتائج السريرية																															

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	AHSAN HUSSAIN		
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 24/09/2024

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