



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	: BABY SARIPALLI PEDDIRAJU GOGANAMANDA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 20-Jan-1987	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: GRI1-R94C-DCDG-GDEA	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, J01.40 - Acute pansinusitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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**

العراض المرضية

PC: High grade fever (temperature at presentation is 39.9)

Headache, weakness, nasal congestion, runny nose but there is no cough.

Also vomiting and has generalized body and joint pain so much as to be unable to stand unaided.

Duration of symptoms: 2days.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
REMARKS : Enter Remarks الملاحظات		

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج	: Enomen Goodluck		
HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
CONSULTATION DETAILS نوع الاستشارة	: ☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب


**DATE:** 30/09/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

