

**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	: MANNU KUSHWAHA PURAN KUSHWAHA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 16-Oct-1985	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EA2G-GFE2-C2CK-ECDE	PAYER	: NAS - SRI
رقم البطاقة		بركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis w bleeding, R19.7 - Diarrhea, unspecified
------------------	---

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
		co fever headache dark colour of urine pain in the urination
		9th nov. 2024
العراض المرضية		oe chest is clear no added sounds
		restless
		tambakoo

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96367</td><td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0131-116601-1001</td><td>Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]</td><td>Pharm:</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharm:</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharm:	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharm:
CPT Code	Treatment	Type												
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay												
0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharm:												
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharm:												

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	2190-106618-1002	Parafusiv [Solution For Injection - 10mg/ml - 50.00 Liquids Vial (x10)]	Pharm:
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharm:
	81001	UrnlS Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	9	Consultation Gp	Genera Consul

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 CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 13,

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. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد