



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	: MOHAMED HAJA MOHIDEEN SHAHUL HAMEED		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Sep-1999	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: LLPL-3NMM-VMVT-TVAE	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, R11.10 - Vomiting, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

للسببات 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 on and off dry cough throat pain vomitting 3 times 13th nov. 2024

oe

chest is congested no added sounds

restless

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy

النتائج السريرية

REMARKS

: Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

: AHSAN HUSSAIN

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEE

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 16/11/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

