



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : HAYTHAM SALAH ABDELSALAM

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 10-May-1993

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 6NNL-3NMM-VMVT-3VAE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J01.10 - Acute frontal sinusitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration

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

PC: Fever, generalized body pains, headache,

Duration: 5days.

ALso myalgia and generalixed body pains and nausea and vomting and upper abdominal pain.

Has not had food today and looks dehydrated

Not hypertensive and not diabetic.

and has no other medical condition in the past.

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
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

النتائج السريرية

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 :
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
				Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP			DATE: 24/11/2024
توقيع وختم الطبيب			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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	