



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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	:	ELSAIED NABHAB OSMAN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	29-Jan-1977	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	11PL-3NMM-VMVM-PVAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : I20.9 - Angina pectoris, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.10 - Vomiting, 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

العراض المرضية

PC: Severe chest pain;

Duration: 1hours.

Said to have been awoken from sleep by the pain.

Pain is located in the central chest, described as squeezing but does not radiate to any part of the body.

It has no known relieving nor aggravating factor.

There is no cough or leg swelling, and has no history of DVT.

There is no history of trauma, no blood in stool, but has nausea with retching (has not vomited).

Complaints of chills and generalized body pains and weakness but there is no fever.

He does not smoke tobacco and does not consume alcohol.

Following the onset of symptoms, his room mate called ambulance, but after assessment by the ambulance team, he was asked to come to clinic.

Exam: BP = 120/86mmhg, PR = 96bpm, regular and normal volume. HS = S1 and S2 only.

Abdomen: No abnormality detected.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96368	Iv Nfs Therapy Prophylaxis/Dx Concurrent Nfs	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy
83690	Lipase	Lab
82150	Amylase	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
84484	Troponin Quantitative	Lab
86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl 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 :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب




DATE: 01/12/2024

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 كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

