



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 : BILAL HUSSAIN MUHAMMAD SHARIF

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 28-Feb-1991

تاريخ الميلاد

CARD NBR : AIEF-GJ12-C2C1-FCDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : L03.031 - Cellulitis of right toe, R50.9 - Fever, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J01.90 - Acute sinusitis, 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

PC: swelling and pain on the right big toe

Duration: 5 days.

There's associated oozing of pus from the affected toe nail.

This is the second episode in the patient, but only managed with antibiotics 2months ago in another center.

This time, nail removal is advised with wedge excision of the nail bed edge.

Also currently has nasal congestion and pain in the nasal bridge (sinusitis).

Not diabetic and has no other medical condition of note

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab
86774	Antibody Tetanus	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

النتائج السريرية

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 04/12/2024

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

