



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	: OMAR AHMED MOHAMED RAMADAN ABDELHADY		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 16-Aug-1996	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 536M-1RMM-VMVR-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, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], R10.13 - Epigastric pain, R51.9 - Headache, unspecified, M62.81 - Muscle weakness (generalized), K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R50.9 - Fever, 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: FEVER 10/12/2024 COUGH SORETHROAT HEADACHE BODY PAIN EPIGASTRIC PAIN 2 DAYS																																				
العراض المرضية																																					
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96367</td><td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																			
9	Consultation Gp	General Consultation																																			
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																																			
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																																			
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay																																			
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																			
86140	C-Reactive Protein	Lab																																			
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																			
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																			
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																			
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																			
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																			
النتائج السريرية																																					

CPT Code	Treatment	Type
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب





DATE: 11/12/2024

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

