



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	: 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		
العراض المرضية	PC: FEVER 10/12/2024		
	COUGH		
	SORETHROAT		
	HEADACHE		
	BODY PAIN		
	EPIGASTRIC PAIN 2 DAYS		
CLINICAL FINDINGS	:		
النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96374	Ther Proph/Dx Nxj 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 Difrntrl 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
	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	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	
REMARKS	: Enter Remarks		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	: AHSAN HUSSAIN		
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	DATE: 11/12/2024
توقيع و ختم 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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

