



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	: SAROJ KUMAR DHAL NARAYAN DHAL		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 24-Apr-1999	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 5L36-PPMM-VMV5-TVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, 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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

pc : throat pain, cough non productive associated with fever sudden onset high grade for 3 days

bp elevated

no known allergies

o/e hyperemai of pharynx

nasal mucosa hyperthrophy

chest congested no added sounds

CLINICAL FINDINGS :

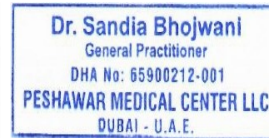
CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	0248-469502-0801	Hydrocortisone [Powder - 100mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy
	96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0188-135906-2441	PUJ MICORT	Pharmacy
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	:	SANDIA	
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: 11/01/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

