



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	: PAVAN KUMAR PREM SINGH		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Jul-2004	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: E2A4-2I4C-DCD1-4DEA	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, R50.9 - Fever, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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
	presented with high grade fever , low bp , vomitting
	sorethroat cough runny nose 3 days back
	o/e
العراض المرضية	bp 100mmhg
	HR; 120 BPM
	hyperemia of pharynx
	CHEST CONGESTED
	pc : sorethroat , high grade fever

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay

CPT Code	Treatment	Type
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
2190-106618-		

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: 16/01/2025

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 كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

