



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 : RAYMOND DOMINGO ARCA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 11-Mar-1980

تاريخ الميلاد

CARD NBR : I019-004-118317239-01

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

حادة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

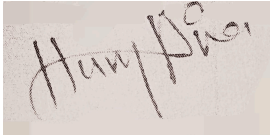
موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS	: J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R07.0 - Pain in throat, J30.9 - Allergic rhinitis, 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	PATIENT CAME WITH THE COMPLAIN OF FEVER RUNNY NOSR AND THROAT PAIN																														
	THROAT IS CONGESTED WITH WHITE PATCHES.																														
	CHEST IS CLEAR																														
	PATIENT HAS HIGH BLOOD PRESSURE AND SOMETIMES HISTORY OF HEADACHE .																														
	ADVICE TO CHECK BP .																														
CLINICAL FINDINGS	: <table border="1"> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>80061</td> <td>Lipid Panel</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0437-122107-1021</td> <td>Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</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 Difrentl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	80061	Lipid Panel	Lab	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																													
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																													
9	Consultation Gp	General Consultation																													
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																													
80061	Lipid Panel	Lab																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy																													
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																													
86140	C-Reactive Protein	Lab																													
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab																													
النتائج السريرية																															
REMARKS	: Enter Remarks																														
الملاحظات																															

TREATING PHYSICIAN	: Humaira
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	 	DATE: 04/03/2025
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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالمصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

