



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	:	KELVIN KABAGMBE		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	15-Jan-1985	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	NNM2-363F-LFLH-KLED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, M54.5 - Low back pain, R30.9 - Painful micturition, unspecified, E86.0 - Dehydration, J02.9 - Acute pharyngitis, 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		
العرض المرضية		PATIENT CAME WITH HIGH GRADE FEVER WITH SEVER BODY PAIN .FOR ONE DAY PATIENT ALSO COMPLAIN OF OCCASIONAL RIGHT LUMBER PAIN URINATION IS NORMAL CHEST IS CLEAR		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
		96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
		0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملاحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	AISHA	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 11/03/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

