



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	:	AAKASH RAI SANJAY RAI	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	05-Jan-1998	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	TTR3-P1LM-VMVT-TVAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	J03.91 - Acute recurrent tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, E86.0 - Dehydration, R19.7 - Diarrhea, 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 PC.THROAT PAIN FEVER AND DIARRHEA SINCE YESTERDAY TONSILS ARE HYPEREMIC With pus CHEST IS CLEAR																																	
العراض المرضية																																			
CLINICAL FINDINGS :																																			
	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0056-116601-1021</td><td>Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</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></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Pharmacy	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	
CPT Code	Treatment	Type																																	
9	Consultation Gp	General Consultation																																	
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																	
0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Pharmacy																																	
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																	
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																	
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																	
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																	
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																	
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																	
86140	C-Reactive Protein	Lab																																	
النتائج السريرية																																			

REMARKS :	CPT Code	Treatment	Type
الملحظات	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : AISHA 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: 15/03/2025

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

