



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	:	KHIN YADANAR SOE			
اسم المريض	:				
DATE OF BIRTH	:	15-May-2002	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد	:		الجنس	:	
CARD NBR	:	JFFG-28E2-C2C8-FCDE	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, R53.83 - Other fatigue, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R00.1 - Bradycardia, unspecified, R05 - Cough																																
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	:	pt came with generalize severe body pain along with fever and throat pain for one day oe throat is mild hyperemic chest is clear																																
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>96367</td><td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</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>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0102-100104-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</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 Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																
9	Consultation Gp	General Consultation																																
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																																
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy																																
86140	C-Reactive Protein	Lab																																
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																
REMARKS	:	Enter Remarks																																
الملحظات	:																																	

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

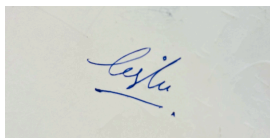
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 28/04/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

