



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	:	SABEL ANTON ISSA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	23-Apr-1995	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	47C3-223F-EFC2-DFAD	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

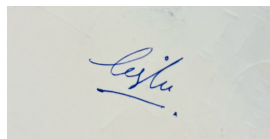
DIAGNOSIS	:	J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, J30.89 - Other allergic rhinitis, R52 - Pain, unspecified																																				
التشخيص																																						
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology																																				
لمسببات 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		pt came with with high grade fever runny nose and throat pain for one day oe throat is hyperemic chest is clear																																				
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</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>0102-100104-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</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>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>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</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 Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																				
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																				
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																				
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy																																				
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																				
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																				
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																				
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																				
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																				
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																				
86140	C-Reactive Protein	Lab																																				
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																				
النتائج السريرية																																						
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: 06/05/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

