



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 : SUMANPREET KAUR

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 09-Oct-2006

تاريخ الميلاد

CARD NBR : H3M6-EJ3F-LFLN-MLED

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, R05 - Cough, R51.9 - Headache, unspecified, J30.89 - Other allergic rhinitis

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: fever,running nose,cough,sorethroat

HOPC pt presented with complaints of bodypain,headache,cough,running nose since 5 days

Her child had the same symptoms

Nil comorbs

No history of drug allergy

O\E tonsils edematous and pustules present

Chest clear

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0195-107704-0801	Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy

النتائج السريرية

REMARKS

:

Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN

: KEERTHANA

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: 15/07/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

