



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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	: MUHAMMAD AAMAR NAWAZ GUL NAWAZ		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 22-May-1992	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 33NP-RRMM-VMVN-NVAE	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, R07.0 - Pain in throat, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, R05 - Cough, K29.60 - Other gastritis without bleeding, E86.0 - Dehydration

التشخيص

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 sorethroat,running nose,cough,sweating,thick sputum
	HOPC pt presented with complaints of headache,cough,sorethroat,running nose,heartburn since yesterday
	No known drug allergy
	Nil comorbs
	O\E Chest clear
	Throat hyperemia

العراض المرضية

النتائج السريرية	CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation	
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	
	0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy	
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	
	0439-152905-1002	LACTATED RINGER S INJECTION USP (CALCIUM CHLORIDE : 0.2 MG/ML) (POTASSIUM CHLORIDE : 0.3 MG/ML) (SODIUM CHLORIDE : 6 MG/ML) (SODIUM LACTATE : 3.1MG/ML) SOLUTION FOR INFUSION	Pharmacy	

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملاحظات	0005-		
	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج		KEERTHANA	
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة		CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 27/07/2025

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

