



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	: MONALISA HAZARIKA BIREN HAZARIKA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 28-Dec-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 6153-M1MM-VMVR-1VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, R50.9 - Fever, 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 والحالت المتعلقة بالمومة)																									
SYMPTOMS	: Complaint																								
العرض المرضية	PC nasal block HOPC pt presented with complaints of nasal block with thick nasal discharge for more than one week with associated headache She has been using otrivin for more than one week Advised to stop otrivin for now and do steam inhalation O\E chest clear No history of drug allergy																								
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																							
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																							
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																							
86140	C-Reactive Protein	Lab																							
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																							
9	Consultation Gp	General Consultation																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	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

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

