



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 : KOTTAGE DONA NATALIE SARAH BLOSSAM GOONAWARDEN
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 20-Jul-1996
تاريخ الميلاد
CARD NBR : 26HE-H23F-LFLH-NLED
رقم البطاقة
GENDER : Female
الجنس
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing, R50.9 - Fever, unspecified, J30.89 - Other allergic rhinitis, R19.7 - Diarrhea, unspecified, E86.0 - Dehydration

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 : runny nose fever ,throat pain

hopc : pt came with the complain of diarrhea along with fever ,runny nose and throat pain started this morning

o/e she is dehydrated

chest is mild congested

allergies dust allergies

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy
0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy

النتائج السريرية

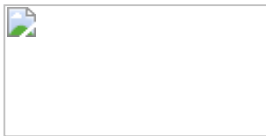
	CPT Code	Treatment	Type
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : AISHA الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up نوع الاستشارة جديد المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة	Enter CONSULTATION FEES	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP توقيع و ختم الطبيب	 	DATE: 28/07/2025 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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE توقيع المستفيد	
---	---