



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

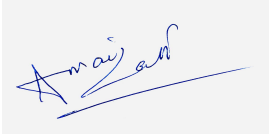
PATIENT NAME	:	HANNAH GRACE EHAB HAMOUDA			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	30-Jan-2006	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	FA21-I2E2-C2C1-JCDE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J02.9 - Acute pharyngitis, 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																													
العراض المرضية		SORE THROAT , COUGH WHICH IS DRY , BODYPAIN , SNEEZING AND LOW GRADE FEVER ALL STARTED 28/07/25																													
		O/E ; LOOK LETHARGIC																													
		HYPEREMIC PHARYNX																													
		TONSILLS SWOLLEN AND RED																													
		WHEEZING																													
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>87400</td><td>Iaad Eia Influenza A/B Each</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	0195-107704-0801	Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy	9	Consultation Gp	General Consultation	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	87400	Iaad Eia Influenza A/B Each	Lab	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																													
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																													
0195-107704-0801	Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial + Solvent (x1)]	Pharmacy																													
9	Consultation Gp	General Consultation																													
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
87400	Iaad Eia Influenza A/B Each	Lab																													
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																													
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																													
النتائج السريرية																															

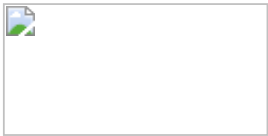
	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملحظات	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	DR Amaizah			
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 وختم الطبيب	 	DATE: 01/08/2025 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 كالصليه

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