



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	:	JACOB DANIEL FORBES	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	20-Dec-2020	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	RIC4-GICC-DCD2-4DEA	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, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, H66.007 - Ac suppr otitis media w/o spon rupt ear drum, recur, unsp ear, T16.9XXA - Foreign body in ear, unspecified ear, initial encounter, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing

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 :

العراض المرضية

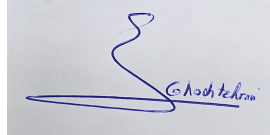
severe cough and earache in right ear since 5 days started on 16/10/2023
foreign body in right ear(cotton pill)

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96372	Therapeutic, Prophylactic, Or Diagnostic Injection (Specify Substance Or Drug); Subcutaneous Or Intramuscular	Co.Pay
	96365	Intravenous Infusion, For Therapy, Prophylaxis, Or Diagnosis (Specify Substance Or Drug); Initial, Up To 1 Hour	Co.Pay
	0005-111805-1021	(CHLORPHENIRAMINE MALEATE : 10 MG/ML) SOLUTION FOR INJECTION-CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0125-122107-1022	(DEXAMETHASONE : 4 MG/ML) SOLUTION FOR INJECTION-DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
النتائج السريرية	0006-124513-2071	(SALBUTAMOL : 5 MG/2.5ML) NEBULIZING SOLUTION-VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	0188-135906-2441	(BUDESONIDE : 0.5 MG/ML) SUSPENSION FOR NEBULIZATION-PULMICORT	Pharmacy
	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhrl/lppb	Co.Pay
	69200	Rmvl Fb Xtrnl Auditory Canal W/O Anes	Co.Pay

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS :	Enter Remarks		General
الملاحظات :			on
TREATING PHYSICIAN : Mohammadmahdi الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan 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



Dr. Mohammadmahdi Ghodstehrani
 Specialist Neonatology
 DHA No: 00045407-001
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
 DUBAI - U.A.E.

DATE: 22/10/2023

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

