



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	:	ADIL ISMAILBEKOV		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	02-May-2019	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	RERI-244C-DCDR-4DEA	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J18.0 - Bronchopneumonia, unspecified organism, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R63.0 - Anorexia																																				
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		High fever and severe cough for three days reaching 40 degrees centigrade started on 18/10/2023 severe headache and hypotonia and no appetite																																				
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>Consultation Specialist</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>0006-124513-2071</td> <td>(SALBUTAMOL : 5 MG/2.5ML) NEBULIZING SOLUTION-VENTOLIN NEBULES</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>(BUDESONIDE : 0.5 MG/ML) SUSPENSION FOR NEBULIZATION-PULMICORT</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>94664</td> <td>Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/InhIr/Ippb</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>85652</td> <td>Sedimentation Rate Rbc Automated</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto DifrntI Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>2849-100143-0991</td> <td>(DEXTROSE : 5% W/V) (SODIUM CHLORIDE : 0.45% W/V) SOLUTION-5% W/V DEXTROSE 0.45% & W/V SODIUM CHLORIDE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>(DICLOFENAC SODIUM : 75 MG/3ML) SOLUTION FOR INJECTION-CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>(CEFTRIAXONE : 1 G) POWDER FOR INJECTION-CEFTRIAXONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	10	Consultation Specialist	General Consultation	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/InhIr/Ippb	Co.Pay	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto DifrntI Wbc Count	Lab	2849-100143-0991	(DEXTROSE : 5% W/V) (SODIUM CHLORIDE : 0.45% W/V) SOLUTION-5% W/V DEXTROSE 0.45% & W/V SODIUM CHLORIDE	Pharmacy	0005-149902-1021	(DICLOFENAC SODIUM : 75 MG/3ML) SOLUTION FOR INJECTION-CLOFEN	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0195-107704-0801	(CEFTRIAXONE : 1 G) POWDER FOR INJECTION-CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																				
10	Consultation Specialist	General Consultation																																				
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/InhIr/Ippb	Co.Pay																																				
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab																																				
86140	C-Reactive Protein	Lab																																				
85025	Blood Count Complete Auto&Auto DifrntI Wbc Count	Lab																																				
2849-100143-0991	(DEXTROSE : 5% W/V) (SODIUM CHLORIDE : 0.45% W/V) SOLUTION-5% W/V DEXTROSE 0.45% & W/V SODIUM CHLORIDE	Pharmacy																																				
0005-149902-1021	(DICLOFENAC SODIUM : 75 MG/3ML) SOLUTION FOR INJECTION-CLOFEN	Pharmacy																																				
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																				
0195-107704-0801	(CEFTRIAXONE : 1 G) POWDER FOR INJECTION-CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																				
النتائج السريرية																																						
REMARKS	:	Enter Remarks																																				

الملحظات

TREATING PHYSICIAN	:	Mohammadmahdi	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	Irham Medical Center Arjan	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم 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

