



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	:	MICHELLE BULADO EMIA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	19-Feb-1985	GENDER
تاريخ الميلاد			:
CARD NBR	:	GCAI-R44C-DCDE-1DEA	PAYER
رقم البطاقة			:
			NAS VN
			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	K29.00 - Acute gastritis without bleeding, B96.81 - Helicobacter pylori as the cause of diseases classd elswhr, R10.13 - Epigastric pain, R11.2 - Nausea with vomiting, 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																								
العرض المرضية		Recurrent epigastric pain, Pain is burning in nature and radiates to the back. There's nausea and vomiting but no fever. Has had multiple similar episodes in the past. Not hypertensive and not diabetic.																								
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML-(PARACETAMOL : 10 MG/ML) SOLUTION FOR INFUSION</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-136504-1021</td> <td>SCOPINAL</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-242802-0781</td> <td>PANTONIX 40MG I.V.-(PANTOPRAZOLE (AS SODIUM) : 40 MG) POWDER FOR INFUSION</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</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 Difrntl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>86677</td> <td>Antibody Helicobacter Pylori</td> <td>Lab</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML-(PARACETAMOL : 10 MG/ML) SOLUTION FOR INFUSION	Pharmacy	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.-(PANTOPRAZOLE (AS SODIUM) : 40 MG) POWDER FOR INFUSION	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
CPT Code	Treatment	Type																								
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML-(PARACETAMOL : 10 MG/ML) SOLUTION FOR INFUSION	Pharmacy																								
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																								
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.-(PANTOPRAZOLE (AS SODIUM) : 40 MG) POWDER FOR INFUSION	Pharmacy																								
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																								
86140	C-Reactive Protein	Lab																								
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																								
86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab																								
النتائج السريرية																										
REMARKS	:	Enter Remarks																								
الملاحظات																										

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck

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



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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

