



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	: YOSRA HUSIEN MAHJOB MOHAMMED		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 23-Jun-1988	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: AD94-423F-EF24-CFAD	PAYER	: NAS - RN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: Z3A.30 - 30 weeks gestation of pregnancy, O24.410 - Gestational diabetes mellitus in pregnancy, diet controlled, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, R07.0 - Pain in throat									
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										
	Gravida 1 para 0 at EGA 30weeks and 4days today.									
	Being suspected to have GDM and requires OGTT									
	Also c/o; Flu symptoms.									
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>82946</td> <td>Glucose Tolerance Test</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	82946	Glucose Tolerance Test	Lab	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type								
82946	Glucose Tolerance Test	Lab								
9	Consultation Gp	General Consultation								
النتائج السريرية										
REMARKS	: Enter Remarks									
الملحظات										

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 و ختم الطبيب

DATE: 27/10/2023

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

