



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	: PRADHEEP MANNAMTHINDY MOHAN MOHAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Apr-1990	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: LL3P-M6LM-VMV6-RVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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, R06.03 - Acute respiratory distress, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing																																													
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	Severe cough and high fever and respiratory distress since yesterday unable to breath normally started 28/10/2023 severe body pain and continuous cough and wheezing hectic fever																																													
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </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 Difrntl Wbc Count</td> <td>Lab</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>0006-124513-2071</td> <td>VENTOLIN NEBULES</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>94664</td> <td>Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlr/Ippb</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96375</td> <td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96367</td> <td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-111805-1021</td> <td>CHLOROHISTOL 10MG</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0102-100104-1001</td> <td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	9	Consultation Gp	General Consultation	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlr/Ippb	Co.Pay	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																												
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab																																												
86140	C-Reactive Protein	Lab																																												
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																												
9	Consultation Gp	General Consultation																																												
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																												
0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy																																												
94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlr/Ippb	Co.Pay																																												
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																												
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																																												
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																												
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																																												
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																												
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																												
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy																																												
النتائج السريرية																																														

REMARKS

: Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

: Sajid Sanaullah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 29/10/2023

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

