



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 :

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 :	CPT Code	Treatment	Type
	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl 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

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

REMARKS :

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Sajid Sanaullah
 الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan
 المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES :
 نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم 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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليته

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

