



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	:	DANIEL NWOBODO	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	12-Jun-1997	GENDER
تاريخ الميلاد			: Male
CARD NBR	:	5N5P-6TLM-VMV5-RVAE	PAYER
رقم البطاقة			: NAS VN
			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, R43.9 - Unspecified disturbances of smell and taste, R07.1 - Chest pain on breathing, R05 - Cough																																													
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 chest pain since 10/10/2023 and high fever but not improved and severe cough and headache and high fever come and go now is 40 Degree centigrade also severe vomiting and bad smell sensation and gastric pain																																													
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85652</td> <td>Sedimentation Rate Rbc Automated</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>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>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>0005-111805-1021</td> <td>CHLOROHISTOL 10MG</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0102-100104-1001</td> <td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	86140	C-Reactive Protein	Lab	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	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	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type																																													
86140	C-Reactive Protein	Lab																																													
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab																																													
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																													
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																																													
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																													
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																													
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																																													
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																													
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy																																													
9	Consultation Gp	General Consultation																																													
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	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		☐ جديد ☐ المتابعة	Enter CONSULTATION FEES
		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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

