



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 : SAMPATH SANDARUWAN MOHATTI MUDALIGE
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 25-May-1994
تاريخ الميلاد
CARD NBR : R4E4-GC4C-DCD9-1DEA
رقم البطاقة
GENDER : Male
الجنس
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R06.2 - Wheezing, J45.991 - Cough variant asthma, R50.9 - Fever, unspecified, R06.03 - Acute respiratory distress

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 wheezing started last week 25/10/2023 and high fever and can not breath since two days and uses some medicine for cough since last month 1/10/2023

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlnr/Ippb	Co.Pay
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
النتائج السريرية	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

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

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 02/11/2023

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

