



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 : MONICA DEPAUL DAUDI
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 12-Sep-1985
تاريخ الميلاد
GENDER : Female
الجنس
CARD NBR : L66R-MTLM-VMVR-1VAE
رقم البطاقة
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J18.0 - Bronchopneumonia, unspecified organism, R07.1 - Chest pain on breathing, R50.9 - Fever, unspecified, 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
الاعراض المرضية
High fever and chest pain since three days started on 30/10/2023
severe pain in breathing specially in the morning
respiratory difficulty when coughing and breathing

CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	9	Consultation Gp	General Consultation
	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlnr/lppb	Co.Pay
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	96366	Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy

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 :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

