



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	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: L66R-MTLM-VMVR-1VAE	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, R07.1 - Chest pain on breathing, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough

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**

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

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	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/Inhlr/Ippb	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

النتائج السريرية

REMARKS

: Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN

: Sajid Sanullah

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 وختم 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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

