



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	: ROSEBELL WANJIKU MUNYINYI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 09-May-1981	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: PT6R-MTLM-VMVN-NVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R09.81 - Nasal congestion																																													
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 body pain started 5 days ago on 29/10/2023 severe sore throat and night time high fever																																													
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>0006-124513-2071</td> <td>VENTOLIN NEBULES</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>PULMICORT</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>96374</td> <td>Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbdt/Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96366</td> <td>Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0102-100104-1001</td> <td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</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>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</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	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlr/Ippb	Co.Pay	96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay	96366	Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour	Co.Pay	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	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																																												
0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy																																												
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																												
94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlr/Ippb	Co.Pay																																												
96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay																																												
96366	Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour	Co.Pay																																												
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy																																												
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																												
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																																												
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																												
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																												
9	Consultation Gp	General Consultation																																												
النتائج السريرية																																														
REMARKS	: Enter Remarks																																													
الملاحظات																																														

TREATING PHYSICIAN	: Sajid Sanaulah
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: 03/11/2023

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

