



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	: CHRISTINA SHARON SAMUEL STANISLUS ANAND SAMUEL		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 26-Jan-2001	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 3L3N-M1MM-VMV6-PVAE	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, R06.03 - Acute respiratory distress, R06.2 - Wheezing, R53.1 - Weakness, 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 :

العراض المرضية

High fever and respiratory difficulty and severe cough since 2/11/2023

severe wheezing and body pain since today

severe malaise and weakness and loss of appetite

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
86140	C-Reactive Protein	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
96376	Ther Proph/Dx Njx Ea SeqI Iv Push Sbst/Drug Fac	Co.Pay
96366	Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour	Co.Pay
94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/InhIrr/Ippb	Co.Pay
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS :	0425 102407 1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Diagnosis
الملاحظات :	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : Sajid Sanaulah			
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC :	Irham Medical Center Arjan		
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS :	☐ New ☐ Follow Up		
نوع الاستشارة	جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
		CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب




DATE: 05/11/2023

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

