



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, R06.2 - Wheezing, R05 - Cough, R06.03 - Acute respiratory distress, R50.9 - Fever, unspecified

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 respiratory distress and difficulty since yesterday 4/11/2023

history of high fever and chest pain last week started on 30/10/2023 treated with antibiotics and nebulizers exacerbated again

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
87400	laad Eia Influenza A/B Each	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/InhIr/Ippb	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0102-100104		

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

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 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 كالصليبه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

