



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	:	AINURA SULTANALIEVA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	17-Jul-1988	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	16N1-53LM-VMVR-1VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J45.22 - Mild intermittent asthma with status asthmaticus, J45.991 - Cough variant asthma, D50.8 - Other iron deficiency anemias, J18.0 - Bronchopneumonia, unspecified organism

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

Moderate anemia in blood test hgb=11 has excessive bleeding in menses and also severe cough and wheezing which oral medicines not affected since 10/11/2023

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
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/Inhlr/lppb	Co.Pay
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0102-100104-	CODIUM CHLORIDE & DEXTROSE D.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
 نوع الاستشارة جديد المتابعة

CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES
 رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 16/11/2023

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

