



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	: KEGHAM SARKIS KEVORK YOUNJIAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 15-May-1998	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 1N6L-TRLN-VMVN-3VAE	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, J04.0 - Acute laryngitis, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified

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

Severe sore throat and voice change and high fever started yesterday 20/11/2023

high fever and body pain and weakness

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	96374	Ther Proph/Dx Nx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	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
	9	Consultation Gp	General Consultation

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 و ختم الطبيب




DATE: 22/11/2023

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

