



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	:	BETH NYAMBURA GICHUHI	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	20-Jun-1995	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	6T1L-LPMM-VMV3-3VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, K85.90 - Acute pancreatitis without necrosis or infection, unsp, R10.84 - Generalized abdominal pain, N30.00 - Acute cystitis without hematuria, 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

C/o: Pain on passing urine since 3days,

Fever since 2days and weakness.

Also C/o abdominal pain, that radiates to the back and worse following a meal.

She has a long standing history of gastritis.

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation

النتائج السريرية

REMARKS

:

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

: Enomen Goodluck

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: 10/12/2023

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

