



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	: TARAKA DHANANJAYA PERERA MAPITIGAMAGE		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 08-Sep-1996	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 1IRG-4A4C-DCD4-1DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة	حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	: J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J01.40 - Acute pansinusitis, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, R06.2 - Wheezing
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 chest pain since 1/12/2023 and inspite of using medicine not improved and severe nasal block and secretion and productive cough developed

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/InhIrr/Ippb	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
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.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	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEE
نوع الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب




DATE: 11/12/2023

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

