



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	: CHANDAN KUMAR KUMAR		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 04-Apr-1997	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: TT6P-R3LM-VMVN-1VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

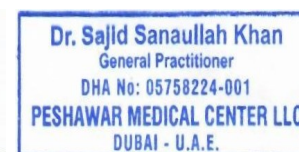
نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: R19.7 - Diarrhea, unspecified, R05 - Cough, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, E86.0 - Dehydration, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, A03.8 - Other shigellosis
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 diarrhea and dehydration since last night and severe cough 12/12/2023

CLINICAL FINDINGS :	Complaint	Treatment	Type
	CPT Code		
النتائج السريرية		severe sputum from mouth and nose	
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	87045	Cul Bact Stool Aerobic Isol Salmonella&Shigella	Lab
	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlr/Ippb	Co.Pay
	96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
REMARKS :	Enter Remarks		
الملاحظات			

TREATING PHYSICIAN	: Sajid Sanauallah		
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	: Irham Medical Center Arjan		
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEE
نوع الاستشارة	جديد ☐ متابعة ☐	رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

DATE: 13/12/2023

توقيع و ختم الطبيب

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

