

**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	:	MOHAMED HELMY	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	23-Mar-1994	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	M163-RMMM-VMV6-NVAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	L03.211 - Cellulitis of face, L02.01 - Cutaneous abscess of face
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
العرض المرضية		THE PATIENT HAS A HUGE ABSCESS AND CELLULITIS IN THE RIGHT SIDE OF THE FACE SINCE 8/12/2023 I PRESCRIBED ORAL ANTIBIOTICS FOR FIVE DAYS BUT THE SIZE THE ABSCESS INCREASED AND FEVER STARTED SO I OPENED THE ABSCESS AND WITH LOCAL ANESTHESIA I REMOVE MOST OF THE PUS AND INFECTED TISSUE

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

Complaint

BUT STILL SMALL PART IS THERE . I REQUESTED LAB TESTS AND IV ANTIBIOTICS OTHERWISE SHOULD BE HOSPITALIZED

CPT Code	Treatment	Type
Severe Cellulitis and a huge abscess in right side of the face started SIX days back on 8/12/2023		
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
D7521	incision and drainage of abscess - extraoral soft tissue - complicated (includes drainage of multiple fascial spaces)	Dental Co.Pay
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	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
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation

REMARKS :

الملاحظات

Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN

: Sajid Sanallah

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: 14/12/2023

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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

