



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	INDIKA NAMAL EDIRISINGHE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	13-Sep-1994	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	41C1-1ICC-DCD1-IDEA	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, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, G47.01 - Insomnia due to medical condition, R06.2 - Wheezing, R42 - Dizziness and giddiness

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

High fever and sore throat since yesterday 23/12/2023 and severe cough and insomnia since last night

CLINICAL FINDINGS :	Complaint	Treatment	Type
	CPT Code		
النتائج السريرية		severe body pain and dizziness also exist	
	96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbstd/Drug	Co.Pay
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlr/Ippb	Co.Pay
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	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 Sanaullah
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	Irham Medical Center Arjan
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة	:	☐ جديد ☐ المتابعة رسوم الاستشارة
		Enter CONSULTATION FEE

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب




DATE: 24/12/2023

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

