



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	: MUHAMMAD HUSSAIN MUKHTAR AHMAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 08-Dec-1976	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 56R1-L1LM-VMV1-6VAE	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, R68.83 - Chills (without fever), R05 - Cough, I10 - Essential (primary) hypertension, E78.5 - Hyperlipidemia, 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

HISTORY OF HYPERLIPIDEMIA AND HYPERTENSION SINCE THREE MONTHS AGO STARTED IN ABU ZHABI

العراض المرضية

SEVERE SORE THROAT AND BODY PAIN AND HIGH FEVER STARTED SINCE 23/12/2023

CLINICAL FINDINGS :

Complaint

SEVERE COUGH AND WHEEZING SINCE TODAY

CHILLS ALSO PRESENT

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
83036	Hemoglobin Glycosylated A1C	Lab
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab
82540	Creatine	Lab
84520	Urea Nitrogen Quantitative	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
80061	Lipid Panel	Lab
0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlr/lppb	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	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

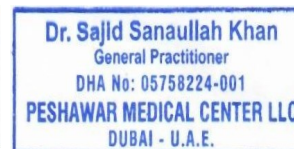
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 27/12/2023

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

