



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	: EMILY VERITY BLANCHE BOURN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 08-Apr-1997	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: R3T6-55LM-VMVR-6VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J02.8 - Acute pharyngitis due to other specified organisms, J03.81 - Acute recurrent tonsillitis due to other specified organisms, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], D50.9 - Iron deficiency anemia, unspecified, D51.8 - Other vitamin B12 deficiency anemias, E55.9 - Vitamin D deficiency, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY

لمسببات المرضية

: Enter Aetiology

(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

العراض المرضية

Complaint

C/o: Nasal congestion, nasal discharge, pain in throat.

History of recurrent upper respiratory tract infection,

History of iron deficiency anemia.

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
83550	Iron Binding Capacity	Lab
83540	Iron	Lab

CPT Code	Treatment	Type
82607	Cyanocobalamin Vitamin B-12	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck

الطبيب المعالج

HOSPITAL / CLINIC : Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب




DATE: 31/12/2023

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

