



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	: YAGMUR IZCL		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 25-Apr-1991	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: RL65-TPLM-VMVR-PVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, J06.0 - Acute laryngopharyngitis

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

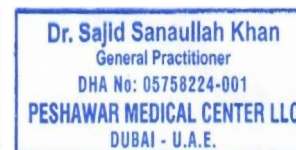
C/O Pain in body ,said to have srated 3 wks back associated with flu, cough and fever on & off, has headaches moderately swollen anf hypremic pharynx , has productive cough with greenish sputum

Complaint		
CLINICAL FINDINGS :	has no photophobia and phonophobia	
	CPT Code	Treatment
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE
	86141	C-Reactive Protein High Sensitivity
	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count
النتائج السريرية	82948	Glucose Blood Reagent Strip
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr
	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV
	0005-149902-1021	CLOFEN
	9	Consultation Gp
REMARKS :	Enter Remarks	
الملاحظات		

TREATING PHYSICIAN	: Sajid Sanallah	
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: 14/01/2024

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

