



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 : JIVAN DEVI
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 27-Nov-1995
تاريخ الميلاد
GENDER : Female
الجنس
CARD NBR : A12G-RE4C-DCD2-9DEA
رقم البطاقة
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J06.0 - Acute laryngopharyngitis, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough

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

C/O FEVER AND COUGH SINCE 4 DAYS

THROAT PAIN SINCE 15 DAYS

العراض المرضية

ON EXAMINATION PATIENT HAS HYPREMIC THROAT WITH MILDLY INFLAMMED TONSILLS, CHEST IS MODERATELY CONGESTED WITH NO WHEEZING

HAS ALREADY TAKEN MEDICINE FOR FEVER AND THROAT PAIN BUT NO RELIEVE

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS :

Enter Remarks

الملحظات

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 FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 17/01/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

