



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	:	BETH NYAMBURA GICHUHI	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	20-Jun-1995	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	6T1L-LPMM-VMV3-3VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R19.7 - Diarrhea, unspecified, A09 - Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified, R10.13 - Epigastric pain, R11.0 - Nausea, R11.10 - Vomiting, 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

العراض المرضية

C/O WATERY DIARRHEA SINCE 1 DAY, 4-5 EPISODES , ASSOCIATED WITH PAIN ABDOMEN

O/E CHEST CLEAR,THROAT CLEAR,ABDOMEN ,SOFT ,TENDER IN EPIGASTIUM

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St SbSt/Drug	Co.Pay
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
84460	Transferase Alanine Amino Alt Sgpt	Lab
80076	Hepatic Function Panel	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	86140	C-Reactive Protein	Lab
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	Sajid Sanaulah		
HOSPITAL / CLINIC : المستشفى / العيادة	Irham Medical Center Arjan		
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 19/01/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلبه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

