



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 : NI LUH GEDE SUDIARTINI
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 07-Jan-1989 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : C934-723F-EF37-2FAD PAYER : NAS VN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold]

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 cough, sore throat, fever and bodyache since 3 days
taking oral antibiotic and anti tussives since 2 days but they are not helping
o/e chest congested, throat is hypemic and congested

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

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 FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 21/01/2024

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

