



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	:	KADEK SUARMI		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	25-May-1991	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	M31L-LPMM-VMV6-6VAE	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R05 - Cough, R51.9 - Headache, unspecified, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], R06.2 - Wheezing, E55.9 - Vitamin D deficiency, 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																																							
العرض المرضية		C/O FLU.COUGH,HEADACHE ,BODYACHES AND SORE THROAT SINCE 2 DAYS COUGH IS PRODUCTIVE ON EXAMINATION PT HAS HYPREMIC THROAT AND CHEST CONGESTION KNOWN ALLERGY ; IBUPROFEN																																							
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>96374</td> <td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St SbSt/Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>2190-106618-1002</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>94640</td> <td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>PULMICORT</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>82306</td> <td>25 Hydroxy Includes Fractions If Performed</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>82948</td> <td>Glucose Blood Reagent Strip</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85652</td> <td>Sedimentation Rate Rbc Automated</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St SbSt/Drug	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	82306	25 Hydroxy Includes Fractions If Performed	Lab	82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																							
9	Consultation Gp	General Consultation																																							
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St SbSt/Drug	Co.Pay																																							
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																							
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																																							
2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																							
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																							
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																							
82306	25 Hydroxy Includes Fractions If Performed	Lab																																							
82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab																																							
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab																																							
86140	C-Reactive Protein	Lab																																							
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																																							
النتائج السريرية																																									
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 :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 08/02/2024

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

