



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 : JAYAMMA GOPALAPPA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 04-Apr-2002 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : EG4A-EA4C-DCD1-EDEA PAYER : NAS VN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.8 - Acute pharyngitis due to other specified organisms, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], J22 - Unspecified acute lower respiratory infection, R50.9 - Fever, 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: Fever, generalized body pains, shivering, headache,
Also has pain in throat and nasal congestion.

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	9	Consultation Gp	General Consultation
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay

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 و ختم الطبيب

DATE: 20/02/2024

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

