

**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 : PRADHEEP MANNAMTHINDY MOHAN MOHAN
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 10-Apr-1990
تاريخ الميلاد
CARD NBR : LL3P-M6LM-VMV6-RVAE
رقم البطاقة
GENDER : Male
الجنس
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : A09 - Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R50.9 - Fever, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, 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: Frequent loose stools since 2 days,
Became more profuse today and for which he had over 6 episodes
Now feels weak and has a high grade fever
Also has severe upper abdominal pain that is worst after eating food outside.
There is no blood in stool however.

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0384-100104-1002	SODIUM CHLORIDE & GLUCOSE BP	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
9	Consultation Gp	General Consultation

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 :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 26/02/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

