



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	:	NERMIN AYMAN		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	18-Aug-1993	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	FEAJ-GAE2-C2CF-8CDE	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, A49.9 - Bacterial infection, 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		Pain in throat since this morning, weakness and fever. No cough.																														
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <tr> <td>96375</td> <td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type																														
86140	C-Reactive Protein	Lab																														
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																														
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																														
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																														
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																														
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																														
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																														
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																														
9	Consultation Gp	General Consultation																														
النتائج السريرية																																
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 :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 07/03/2024

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

